

Année 1934-1935

N° 25

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ARTHUR GRIMAUD

Né le 9 Juin 1903, au Poiré-sur-Velluire (Vendée)

Contribution à l'étude du Traitement
des
infections puerpérales
par les
antivirus en applications locales

Président : M. le Professeur FRUHINSHOLZ

IMPRIMERIE SCHNEIDER FRÈRES & MARY
18 BIS, RUE RASPAIL
LEVALLOIS-PERRET

1935

Année 1934-1935

N° 25

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ARTHUR GRIMAUD

Né le 9 Juin 1903, au Poiré-sur-Velluire (Vendée)

Contribution à l'étude du Traitement
des
infections puerpérales
par les
antivirus en applications locales

Président : M. le Professeur FRUHINSHOLZ

IMPRIMERIE SCHNEIDER FRÈRES & MARY

18 BIS, RUE RASPAIL
LEVALLOIS-PERRET

—
1935



FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, O *, I Q.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I Q; WEISS, O *, I Q.

BOUIN, O *, I Q; ANCEL, *, I Q; GARNIER, *, I Q.

MACÉ, *, I Q; P. PARISOT, O *, I Q; DUFOUR, *, I Q; G. THIRY, *, I Q.

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HUCHE, O *, I Q.
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O *, I Q.
Cliniq. des malad. syphil. et cutanées	M. L. SPILLMANN, O *, I Q.
Cliniq. de chir. infantile et d'orthopédie	M. FRÉLICH, *, I *.
Physiologie	M. M. LAMBERT, *, I Q.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. FRUHINSCHOLZ, O *, I Q.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, *, I Q.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, *, I Q.
Histologie	M. R. COLLIN, *, I Q.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, *, I Q.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, *, I Q.
Clinique médicale	M. L. RICHON, *, I Q.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, *, I Q.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, *, I Q.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C *, I Q.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I Q.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, I Q.
Hydrologie	M. SANTENOISE, *, A Q, I.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, *, I Q.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, *, I Q.
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, *, I Q.
	M. WATRIN, *, I Q.

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses ..	M. M. PERRIN, *, I Q, professeur.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, A Q, agrégé.
Clinique gynécologique	M. P. SIMONIN, A Q, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, *, I Q, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses ..	M. GUILLEMIN, A Q, agrégé.
Propédeutique dermatologique	M. DE LAVERGNE, *, I Q, professeur.
Médecine opératoire	M. WATRIN, *, I Q, prof. sans chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, *, I Q, agr. libre.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, *, I Q, ch. du c. agr. lib.
Obstétrique	M. JOB, *, I Q, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, *, A Q, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. DROUET, A Q, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, *, I Q, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, *, I Q, agrégé.
Education physique (1)	M. HAMEL, *, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A Q, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. L. MERKLEN, A Q, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice :

MM. MERKLEN, A Q.	MM. POURSIÈNES.	MM. GUILLEMIN, A Q.
FLORENTIN.	MELNOTTE, O *.	ABEL, *, A Q.
BODART.	MUTEL, *, I Q.	DROUET, A Q.
CHALNOT.	VERMELIN, *, A Q.	SIMONIN, A Q.
WOLFF.		

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, *, I Q; S. RÉMY, I Q; BUSQUET, I *.
M. FAIRISSE, I Q; BINET, *, I Q; BARTHÉLEMY, *, I Q; LAMY, *, I Q.
M. E. TRIBOLET, I Q, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547406_0010

A LA MÉMOIRE
DE MADEMOISELLE MADELEINE AUGER

A MA FEMME

*Avec mes sentiments de profonde
affection.*

A MON PÈRE

En témoignage de ma reconnaissance.

Il nous fut toujours un exemple de
travail et de probité.

A MES BEAUX-PARENTS

A MONSIEUR ET MADAME BANCQUART-CAYEZ

A MONSIEUR ANDRE BANCQUART

*Ils ont droit à notre reconnaissance
et à notre indéfectible amitié.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JUSTE COLLE

Ex-interne des hôpitaux,

Ancien chef de clinique,

Ancien prosecteur,

Chirurgien des Mines de Dourges (Hôpital Darcy),

*Il nous inspira le sujet de cette thèse,
et voulut bien mettre ses observations
personnelles à notre disposition. Qu'il
veuille bien agréer l'hommage de notre
sincère et respectueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JULES HOUSSIN

*Avec nos remerciements pour l'accueil
toujours si aimable que nous avons reçu
chez lui, pour tous les conseils pratiques
qu'il a bien voulu nous donner touchant
l'art si difficile de la clientèle, et pour les
observations inédites qu'il nous a fournies.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE LIBRE
DE MÉDECINE DE LILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR A. FRUHINSHOLZ
Professeur de Clinique Obstétricale,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Respectueux hommage.

AUX MEMBRES DE MON JURY :

MONSIEUR LE DOCTEUR HAMANT
Professeur de Clinique chirurgicale.

MONSIEUR LE DOCTEUR DE LAVERGNE
Professeur de Clinique des maladies contagieuses.

MONSIEUR LE DOCTEUR VERMELIN
Professeur Agrégé,
chargé du cours complémentaire d'Obstétrique.

Contribution à l'étude
du
TRAITEMENT DES INFECTIONS PUERPÉRALES
par les
antivirus en applications locales

INTRODUCTION

Avant l'ère Pastorienne, les fièvres puerpérales étaient très fréquentes. L'on pouvait incriminer la matrone aux mains sales, les maternités peu nombreuses. Ajoutons que l'accoucheur était moins bien armé qu'aujourd'hui. L'antiseptie, d'autre part, était insuffisante contre l'infection, parce que souvent elle s'avérait plus nuisible qu'utile.

De nos jours, l'infection puerpérale est peut-être moins fréquente ; mais si sa mortalité a diminué, sa morbidité semble rester stationnaire, principalement dans nos pays industriels et miniers. Cela tient à plusieurs raisons : d'abord, il existe des cas d'auto-infection, ou plus exactement — selon la juste définition de M. le Pr Simonin — « des reviviscences d'infections hétérogènes préexistantes ». D'autre part, il faut bien avouer que l'hygiène individuelle et sociale n'a pas encore fait suffisamment de progrès. Dans les régions surpeuplées, les Maternités ne sont pas assez nombreuses. Souvent même, elles n'existent pas. Beaucoup d'accouchements sont pratiqués à domicile dans des conditions déplorables, et les sages-femmes ne veulent mettre ni gants, ni protège-bouche. Dans maints endroits l'on se trouve en présence d'un manque d'organisation manifeste.

Néanmoins, à l'heure actuelle, en dehors de l'asepsie rigoureuse des mains et des instruments de l'opérateur, de nombreux moyens s'offrent à nous pour lutter plus efficacement contre ces terribles « suites de couches ».

Nous pouvons les classer en sept catégories :

1^o La médication de choc (*septicémine, collargol, abcès de fixation, etc.*).

2° La chimiothérapie (*en particulier, les arsénobenzènes*).

3° L'injection intra-utérine bien faite et légèrement antiseptique.

4° La sérothérapie.

5° L'immuno-transfusion.

6° La vaccinothérapie.

7° Les procédés chirurgicaux.

Ces différentes méthodes ont leurs défenseurs, et aussi leurs succès certains — soit que chacune d'elles soit employée à l'exclusion de toute autre, soit qu'on utilise leur association.

Dans cette étude, nous nous bornerons à parler de la vaccinothérapie, préventive ou curative, et seulement en ce qui concerne l'un des genres de vaccinothérapie les plus récents : la vaccination par les lysats-vaccins en application locale, ou antivirusthérapie locale.

D'après les nombreux renseignements que nous avons recueillis, et les diverses observations que nous avons en notre possession, nous croyons que cette méthode donne des résultats vraiment intéressants, supérieurs même à tout autre genre de vaccination.

Nous nous proposons dans cette thèse d'étudier d'abord le principe de la méthode, de nous étendre sur la technique qui nous a semblé la meilleure, soit qu'il s'agisse d'infections puerpérales localisées, soit qu'il s'agisse d'infections puerpérales arrivées au stade de généralisation. Nous examinerons ensuite les résultats de son utilisation préventive et curative, et nous tirerons nos conclusions.

Les observations de plusieurs auteurs, et celles, inédites, que nous avons rassemblées dans cet ouvrage, grâce à l'amabilité de MM. les Drs Colle et Houssin, nous permettent d'affirmer que les résultats s'avèrent si encourageants qu'il y a lieu de les signaler, afin que la pratique d'un traitement, d'autre part si facile, s'intensifie de plus en plus pour le plus grand bien des malades.

PRINCIPE DE LA MÉTHODE

Nous savons que les vaccins habituels sont des produits microbiens atténués (par différentes méthodes) qui, injectés dans l'organisme, ont la propriété, en passant dans la circulation générale, d'y faire se développer des anticorps et de créer ainsi une immunité générale.

Les antiviruses, ou lysats-vaccins, sont également des produits microbiens, mais qui sont capables de vacciner localement l'organisme, sans que pour cela entre en jeu le concours des anticorps. Fait plus curieux : dans certains cas — et toujours sans formation d'anticorps — cette immunité locale entraîne l'immunité générale.

Ces notions sont relativement récentes ; c'est Besredka qui, il y a quelques années, les a mises à l'ordre du jour : « On sait, dit-il, combien la virulence de certains microbes pathogènes est fragile et avec quelle rapidité cette virulence baisse dans les cultures qui restent longtemps à l'étuve. Ce phénomène est attribué d'ordinaire au vieillissement des cultures. Nous nous sommes demandé s'il ne fallait pas en chercher la cause ailleurs ; cette atténuation du pouvoir pathogène ne serait-elle pas due à l'apparition, dans les vieilles cultures, d'une substance particulière susceptible d'en masquer la virulence ? Cette substance posséderait les mêmes affinités que le virus lui-même, mais agirait en contraariant l'effet de ce dernier. De là, le nom d'antivirus que nous lui avons donné. » (1).

On a pu se rendre compte par l'expérimentation des qualités des antiviruses :

(1) Besredka. *Antivirusthérapie*, 1 volume, Masson, éditeur.

1° Ils agissent électivement sur les « cellules réceptives » avec lesquelles ils sont en contact ;

2° Ils agissent très rapidement ;

3° Ils seraient spécifiques et « empêcheraient toujours le développement des microbes correspondants » ;

4° Ils peuvent donner le phénomène de Pfeiffer ;

5° Ils exaltent la phagocytose ;

6° Ils peuvent donner non seulement une immunisation locale, mais aussi une immunisation générale.

Cette immunisation, d'après Besredka, ne provient pas tant du pouvoir empêchant de l'antivirus, mais surtout de « l'adsorption d'antivirus par les cellules réceptives » envers lesquelles les microbes se comportent alors en saprophytes — ce qui permet aux leucocytes d'agir efficacement par une abondante phagocytose.

Il nous reste à parler, dans ce chapitre, de trois questions :

A. Comment prépare-t-on les antivirus?

B. Lesquels emploiera-t-on de préférence? Auto-anti-virus, ou stock-anti-virus?

C. Dans les infections puerpérales — sujet de cette étude — quels antivirus utiliser?

a) D'une façon générale, pour préparer un antivirus, on ensemence le virus dans un milieu de culture approprié (bouillon peptoné, par exemple). On porte à l'étuve à température convenable pendant huit jours. On filtre. Les filtrats sont ensuite réensemencés, puis portés de nouveau à l'étuve pendant le même nombre de jours que la première fois. On refiltre. Comme les expériences l'ont démontré, le bouillon alors obtenu contient l'antivirus correspondant.

b) Comme pour les vaccins habituels, l'antivirus idéal sera un auto-antivirus. Mais il est bien évident que celui-ci ne pourra être employé que pour les affections chroniques. Dans les maladies aiguës — où il y a grand intérêt à agir vite — force sera d'avoir recours aux antivirus du commerce.

c) On sait d'une part qu'il est des microbes qui tout en étant de même espèce possèdent des souches différentes suivant la région malade.

D'autre part, il est incontestable que le microbe rencontré le plus souvent (1) — soit seul, soit associé — dans les infections puerpérales, et, en tous cas, celui qui en l'occurrence s'avère le plus nocif (2), est le streptocoque. En conséquence, quand on n'aura pas eu le temps de pratiquer un examen microscopique et de fabriquer un auto-antivirus, le bouillon vaccin qui devra être employé dans la fièvre puerpérale comprendra toujours des antivirus streptococciques, soit seuls et polyvalents, soit associés aux antivirus staphylococciques, pyocyaniques, entérococciques ou colibacillaires.

(1) Les auteurs qui ont étudié spécialement les infections puerpérales au point de vue bactériologique s'accordent à dire que le streptocoque est l'agent le plus souvent rencontré dans les lochies ou dans le sang. Citons, par exemple, Lapointe, Brocq et Duchon. Ils firent une hémoculture dans treize cas de septicémie puerpérale. Voici les résultats :

10 fois... streptocoque hémolytique pur.

1 fois... streptocoque associé à un bacille anaérobie.

1 fois... entérocoque.

1 fois... staphylocoque doré.

Dans sa thèse, Ravina remarque que : 1° les gonocoques sont toujours exceptionnels ; 2° le streptocoque est présent dans toutes les infections puerpérales sévères.

(2) Un travail très récent de Brindeau et Weill, et dont le résumé vient de paraître dans le 2^e numéro de la *Presse Médicale* de janvier 1935, nous fait connaître quelques cas de septicémies puerpérales à bacille *perfringens*. Ce bacille causerait une infection très grave, puisque, disent les auteurs, « sur 105 cas retrouvés dans la littérature, il n'y eut que 11 survies ». Mais le bacille *perfringens* est beaucoup plus rarement rencontré que le streptocoque.

TECHNIQUES D'APPLICATION

Plusieurs procédés s'offrent à nous pour l'application locale des antiviruses dans les *suites de couches*.

Nous laisserons de côté, dans cette étude, les techniques très modernes, mais d'application peu courante, de Poincloux ou de Lévy-Solal.

La première consiste à injecter, à l'aide d'une seringue et d'une aiguille, de petites doses d'antivirus au niveau même de la porte d'entrée des germes (*antivirusothérapie intramuqueuse*). La seconde, ou *pelvi-vaccination de Lévy-Solal et Louvel*, consiste à pousser l'antivirus en plein tissu utérin.

Sans compter que ces méthodes peuvent être assez ennuyeuses... et douloureuses pour la patiente, elles n'ont peut-être pas encore fait suffisamment leurs preuves, et elles ont été utilisées plutôt en gynécologie qu'en obstétrique.

Restent quatre procédés, ou plutôt quatre variantes de pansements locaux :

1° L'on peut faire des instillations intra-cervicales de bouillon-vaccin à l'aide d'une sonde.

2° Des ovules-vaccins peuvent être introduits dans le vagin, soit à titre prophylactique (quelques jours avant l'accouchement), soit à titre curatif (dans les vulvo-vaginites ou les métrites puerpérales limitées au col, ou bien encore dans certains cas, pour compléter l'action des pansements au bouillon).

3° L'on peut introduire tout simplement dans le vagin, ou dans l'utérus et le vagin, et placer dans les culs-de-sac vaginaux, des mèches de gaze stérilisée imprégnées de bouillon-vaccin.

4° Une irrigation discontinue de la cavité utérine à l'aide d'un drain entouré de gaze peut enfin être pratiquée.

Ces deux dernières techniques sont peut-être, à l'heure actuelle, les plus souvent employées :

La première, la plus simple, sera utilisée surtout à titre préventif.

La seconde, plus moderne, que nous avons vue souvent utilisée par M. le Dr Colle, à l'hôpital des Mines de Dourges, et qui fit le sujet d'une étude intéressante du Dr Montagne, sera surtout employée à titre curatif. Voici en quoi elle consiste :

Après une toilette vulvo-vaginale au savon liquide et à l'eau bouillie tiède, il sera bon de vérifier la cavité utérine et de l'évacuer si nécessaire. Pour cela, on fera usage d'une curette mousse laveuse (curette du Dr Wallich).

Un curage prudent et léger sera pratiqué, et le courant d'eau entraînera sans violence les caillots sanguins, les débris de membranes, les fragments placentaires.

Le curage terminé, et après avoir asséché soigneusement la cavité utéro-vaginale, un drain de Carrel sera enveloppé d'une mèche de gaze stérile, et le tout sera placé à l'aide d'une pince longuette jusqu'au fond de l'utérus.

L'excédent de la mèche sera tassé dans le vagin, autour de l'extrémité dépassante du drain. Il faudra faire attention que le drain ne soit pas coudé.

Le drain et la mèche mis en place, on injectera immédiatement, à l'aide d'une seringue de Luer, 20 cm³ de bouillon-vaccin Grémy n° 31 (1), en ayant soin de pousser lentement. Il ne faut pas faire trop grande pression pour ne pas forcer les trompes et injecter le liquide jusque dans le péritoine.

Toutes les deux heures, la même instillation sera pratiquée, toujours avec les mêmes précautions.

Avec le Dr Colle, nous insistons d'une façon toute particulière sur l'importance de l'évacuation préalable de l'utérus. A ce sujet, nous verrons, à la fin de cet ouvrage, deux observations inédites dans lesquelles celui-ci fut obligé de pra-

(1) Filtrats de cultures en bouillon peptoné, comprenant :

1 partie... antivirüs streptococciques.
1 partie... antivirüs staphylococciques.
1 partie... antivirüs pyocyaniques.

tiquer une hystérectomie, et trouva, en autopsiant la matrice, des fragments placentaires adhérents qui n'avaient pas été enlevés par la curette.

Remarques. — Ravina et Bouchaud, dans leurs thèses, préconisent les pansements intra-utérins à l'aide d'une longue mèche, même à titre préventif. Et Ravina, répondant à l'objection qu'on peut lui faire : « La rétention de lochies n'est-elle pas à craindre? » dit : « Nous ne le pensons pas. D'ailleurs, cette rétention est loin d'être complète ; la mèche intra-utérine s'imprègne largement d'écoulement lochial, et draine une partie des lochies. »

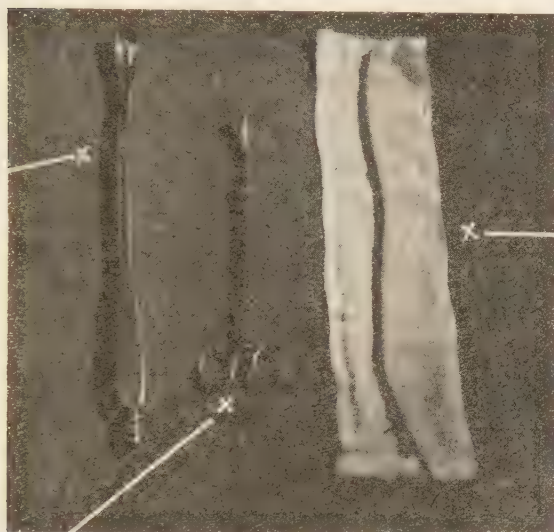
Quant à Bouchaud, il pratique des tamponnements intra-utérins au bouillon-vaccin, à titre curatif, même dans les rétentions partielles ou totales de membranes, et sans avoir fait d'évacuation préalable. Il répond à l'objection qui vient de suite à l'idée que « la mèche du pansement peut agir non seulement comme agent anti-infectieux, mais comme agent mécanique ». Est-ce bien sûr?

Nous pensons, quant à nous, qu'à titre préventif il vaut mieux faire un bon pansement vaginal, et qu'à titre curatif le procédé employé par M. le Dr Colle est le plus logique.

TECHNIQUE DE M. LE Dr J. COLLE

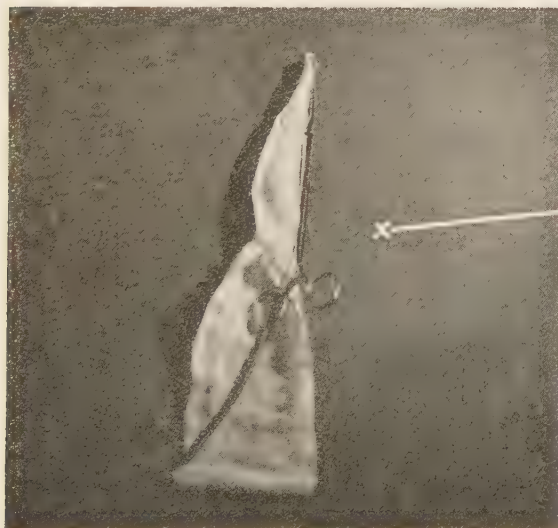
Photographies de l'appareillage
(prises à l'hôpital des Mines de Dourges.)

Curette mousse
laveuse (curette
irrigatrice
du Dr Wallich).



Drain de Carre
et
mèche de gaze.

Pince languette.



Le drain et la
mèche prêts à
être introduits
dans l'utérus.

LES RÉSULTATS

I. — L'antivirusthérapie locale préventive, dans les infections puerpérales.

Le traitement préventif des « suites de couches » par l'antivirusthérapie locale consiste — nous l'avons vu — à faire des pansements locaux à l'aide de mèches de gaze stérile imbibées de bouillon-vaccin ; cela après chaque accouchement laborieux ou s'étant terminé par des manœuvres manuelles ou instrumentales, après aussi chaque avortement. Ces pansements peuvent être pratiqués soit *in utero*, soit seulement dans le vagin. Ils sont renouvelés, selon les cas, une ou plusieurs fois par jour, dans les journées qui suivent immédiatement l'accouchement.

Les auteurs qui se sont intéressés à la question, les médecins qui ont mis cette méthode en pratique s'accordent tous à dire que les résultats sont très satisfaisants.

Sur les dix-neuf cas cités par Besredka, morbidité nulle. Victor Lacombe fait un parallèle entre plusieurs accouchées soignées par les pansements locaux et d'autres soignées pendant la même période par des procédés différents. Dans les premiers cas, pas de décès ; dans les seconds, une femme est morte.

Dans la thèse de Ravina, nous trouvons dix-sept observations de femmes traitées préventivement par les lysats-vaccins en applications locales. Toutes ces femmes sont sorties rapidement de la Maternité en excellent état.

Bouchaud, élève de Lévy-Solal, développe dans sa thèse trente-cinq observations complètes : « Pour ces trente-cinq cas, dit-il, suites de couches sinon normales, du moins à peine fébriles. »

Enfin, M. le Dr Houssin, praticien à Dourges (Pas-de-

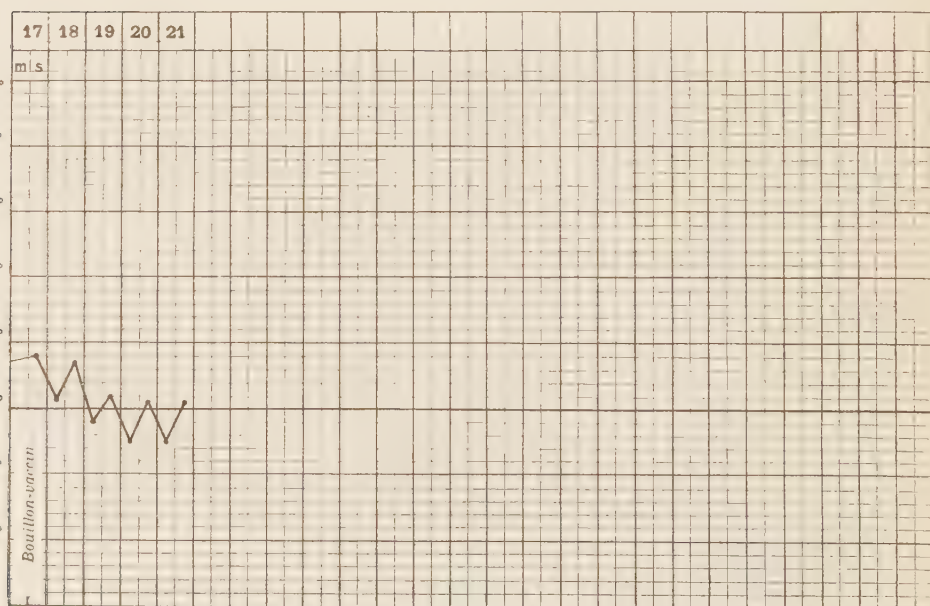
(Calais), depuis plus de trente ans, qui fait en moyenne de soixante à quatre-vingts accouchements par an, et dont nous publions d'ailleurs une série d'observations inédites, constate qu'il n'a jamais eu d'ennuis depuis qu'il pratique systématiquement l'antivirusthérapie locale préventive.

Voici tout d'abord une observation typique de Bouchaud (*Thèse de Paris*, 1927), suivie de huit observations du Dr Houssin :

OBSERVATION I (Bouchaud, *Thèse de Paris*, 1927).

Deux applications de forceps. Basiotripsie sur tête première. Durée du travail, 101 heures. Trois lamponnements préventifs. Guérison.

M..., 24 ans. Primipare. Dernières règles, 16 janvier 1926. Début du travail, le 13 novembre 1926, à 5 h. 30. Grossesse à terme. Tête



fixée. Dilatation, 50 centimes. Membranes intactes. Obliquité de l'utérus, redressée par une ceinture ectopique.

Marche de l'accouchement très lente.

Le 16 novembre, à 9 h. 30, c'est-à-dire après trois jours de travail, dilatation 5 francs. Rupture spontanée des membranes. Liquide teinté de méconium. Bruits du cœur sourds, mais conservant le rythme du début.

Le 17 novembre, à 10 h. 30 : Dilatation entre petite et grande paume. Tête toujours très élevée. Bruit du cœur ralenti. A 12 heures, application de forceps sur sommet en droite transverse très défléchi, après deux incisions latérales du col. Deux applications de forceps ne donnent aucun résultat. Les bruits du cœur ayant disparu, on fait une basiotripsie sur tête première.

Une fois la tête broyée, on l'extrait avec les plus grandes difficultés.

On constate alors l'existence d'un circulaire serré autour du cou qui crée une véritable brièveté accidentelle du cordon. Délivrance naturelle complète. On fait un tamponnement au filtrat aussitôt.

La température ne dépasse pas 37°8 les deuxième et troisième jours, et la femme est totalement apyrétique après quarante-huit heures.

Elle sort le seizième jour guérie.

Cette observation nous semble très démonstrative : malgré une longueur de travail égale à 101 heures, des touchers répétés, deux forceps, une basiotripsie, les suites de couches furent complètement normales.

OBSERVATION II (inédite, Dr Jules Houssin).

Mme M. M..., de Dourges (P.-de-C.). Secondipare.

A fait un premier accouchement normal, sans complications, le 20 juillet 1926.

Le 28 avril 1928, cette femme accouche à nouveau. Présentation du sommet. Enfant vivant. Mais travail prolongé et hémorragie de la délivrance (arrêtée, après exploration de l'utérus, par une injection sous-cutanée d'ergoline).

Tamponnements du vagin et des culs-de-sac vaginaux au bouillon-vaccin Grémy n° 24, deux fois par jour, jusqu'au 9 mai. Jamais de température. Mme M... peut se lever le 10 mai.

OBSERVATION III (inédite, Dr Jules Houssin).

Mme M. G..., de Dourges. Primipare.

Accouchée le 16 octobre 1930. Application de forceps. Enfant vivant, à terme.

Délivrance normale, spontanée.

Aussitôt après la délivrance, tamponnement vaginal à l'aide d'une mèche stérile imprégnée de bouillon-vaccin Grémy n° 24. Renouvellement du pansement les 17 et 18 octobre.

L'accouchée conserve toujours un pouls et une température normaux. Elle peut se lever neuf jours après l'intervention.

OBSERVATION IV (inédite, D^r Jules Houssin).

Mme V. T..., de Dourges.

Avant l'année 1931, deux pertes.

Le 5 février 1931, accouchement à terme. Extraction de siège décomplété, mode des fesses, suivie de délivrance artificielle. Légère infection puerpérale, guérie rapidement par les bouillons-vaccins locaux et trois injections sous-cutanées de pyoformine.

Le 31 mars 1932, perte de deux mois et demi.

Le 13 septembre 1934, accouchement d'un enfant vivant. Extraction de siège décomplété, mode des fesses.

Application de bouillon-vaccin Grémy n° 24. Pansement renouvelé les deux jours qui suivent.

L'accouchée ne fit jamais de température et put se lever dans les limites de temps normales.

OBSERVATION V (inédite, D^r Jules Houssin).

Mme V. A. D..., de Ostricourt (Nord).

Le 29 mars 1927, môle hydatiforme.

Le 28 septembre 1928, accouchement normal. Présentation du sommet.

Le 23 juillet 1932, extraction de siège décomplété, mode des fesses. Enfant mort-né. Déchirure du périnée.

Les 23, 24, 25, 26, 27 et 28 juillet, le D^r Houssin fait chaque jour un pansement vaginal au bouillon-vaccin Grémy.

Pas d'accélération du poulx. Pas de température.

La malade peut se lever douze jours après son accouchement.

OBSERVATION VI (inédite, D^r Jules Houssin).

Mme G. C..., de Dourges. Multipare.

Accouchement le 30 août 1933. Extraction de siège décomplété, mode des fesses, suivie de délivrance artificielle.

Ce même jour, un pansement vaginal au Grémy.

Pansement renouvelé le 31 août et le 1^{er} septembre.

Jamais de température.

L'accouchée se lève dix jours après l'accouchement.

OBSERVATION VII (inédite, D^r Jules Houssin).

Mme L. R..., de Noyelles-Godault (Pas-de-Calais). Primipare.
Albumine = 0 ; Sucre = 0.

Le Dr Houssin est appelé par la sage-femme le 6 avril 1934, parce que le travail n'avance pas (malgré d'ailleurs une première injection sous-cutanée de rétropituitine).

Présentation du sommet. Dilatation complète.

Le Dr Houssin rompt la poche des eaux et pratique une version par manœuvres internes, à 10 heures. Extraction d'un enfant vivant. Délivrance artificielle. Déchirure importante du périnée.

Le 7 avril, bouillon-vaccin local, renouvelé deux fois dans la journée.

Le 8 avril, deux pansements au bouillon-vaccin.

Le 9 avril, deux pansements au bouillon-vaccin.

Les plaies périnéales guérissent et l'accouchée peut se lever assez rapidement, sans avoir jamais fait de température. (On lui reconstitua plus tard son périnée.)

OBSERVATION VIII (inédite, Dr Jules Houssin).

Mme E. D..., de Dourges. Primipare.

Albumine = 0 ; sucre = 0.

Le 2 mai 1934, début du travail. Présentation = OIGA.

Le 3 mai, rupture de la poche des eaux.

Le 4 mai, le travail d'expulsion se ralentissant et la dilatation étant complète, le Dr Houssin fait une application de forceps.

Le même jour, pansement vaginal à l'Immunizol Grémy n° 24. Pas de température.

Le 5 mai, renouvellement du pansement. Pas de température

Le 6 mai, nouveau pansement. Température : 38°.

Le 7 mai, nouveau pansement. Température : 37°1.

Les 8 et 9 mai, nouveaux pansements. La température se maintient aux environs de 37° et n'en bouge plus.

Lever le 18 mai, soit quatorze jours après l'accouchement.

OBSERVATION IX (inédite, Dr Jules Houssin).

Mme F. P..., de Dourges.

Dernières règles le 14 février 1934.

Examen le 3 octobre 1934. Albumine = 9 gr. Régime.

Nouvel examen le 9 octobre. Albumine = 3 gr. Régime.

Le 16 octobre, accouchement d'un petit enfant, de huit mois environ, macéré.

Bouillons-vaccins locaux aussitôt.

Renouvellement du pansement les 17 et 18 octobre.

L'accouchée n'a jamais fait de température et a pu se lever quinze jours après l'accouchement.

(Actuellement, janvier 1935, encore des traces d'albumine.)

II. L'antivirusthérapie locale curative, dans les infections puerpérales.

Nombreuses sont les observations publiées concernant le traitement curatif des infections puerpérales par les antivirus en application locale.

Nous avons dû nous borner à donner, outre nos observations personnelles, deux observations qui nous ont paru parmi les plus intéressantes de la littérature.

Dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, du mois de mai 1924, Potocki et Fisch racontent qu'ils eurent l'idée, dès 1915, d'utiliser les bouillons-vaccins locaux dans les fièvres puerpérales :

OBSERVATION X (Potocki et Fisch, 1924).

La malade était une V-pare de 27 ans, entrée à la Maternité de la Pitié le quatrième jour après son accouchement (1^{er} mai 1915), pour infection puerpérale.

Le pouls battait à 128 ; la température rectale s'élevait à 39°6. On lui fit d'abord un curage utérin, suivi de drainage et d'auto-vaccin en injections sous-cutanées... L'état de la malade ne s'améliora pas pendant plusieurs jours... Mais, laissons la parole aux auteurs :

« Dans ces conditions, disent-ils, il nous vint à l'esprit qu'il serait indiqué d'agir directement sur l'utérus avec nos bouillons de culture, ou, pour mieux dire, avec les auto-vaccins préparés soit avec le sang, soit avec les sécrétions utérines. » C'est ce qu'ils tentèrent : Ils injectèrent dans l'utérus « 10 cc. d'auto-vaccin... Le lendemain, température et pouls inchangés. Ils réinjectèrent 10 cc. d'auto-vaccin. Quatre jours après, plus de sécrétions, amélioration locale considérable ; en outre, l'état général est complètement transformé, la température presque normale, et le pouls descendu à 80. Cette amélioration est du reste définitive et la malade quitte l'hôpital en bon état le 28 mai, après avoir repris partiellement l'allaitement au sein. »

En 1927, à Bordeaux, Andérodias et Balard soignent, pendant le même laps de temps, des infections puerpérales, les unes par les antivirus en application locale, les autres par les procédés habituels. Ils établissent la statistique suivante :

a) *Traitement curatif local par les antivirus* : 15 cas, 0 décès.

b) *Traitement par les autres procédés* : 10 cas, 1 décès.

Dans la *Revista de Gynecologia e d'Obstetricia da Brasil* de décembre 1929, Victor Lacombe publie une vingtaine d'observations concernant le traitement des fièvres puerpérales par « l'application intra-utérine de bouillons-vaccins ». Il en déduit que ce traitement donne de très bons résultats, « sauf dans les infections cavitaires où l'utérus n'est pas complètement vide. »

Besredka cite onze cas, onze guérisons ; Robert, élève de Andérodias, quinze cas, onze guérisons.

Dans une thèse très documentée, Ravina étudie spécialement quarante-trois cas d'infections puerpérales — à peu près toutes à streptocoques — et traitées par « les pansements utérins au filtrat de culture de streptocoques ». Les résultats sont les suivants :

Sept observations concernant un traitement curatif précoce : cinq guérisons, deux morts.

Trente observations concernant un traitement curatif secondaire : trente guérisons.

Six observations concernant un traitement curatif tardif : quatre guérisons, deux morts.

A son tour, dans le *Bulletin d'Obstétrique et de Gynécologie* du mois de juillet 1932, le Dr J. Montagne, de Liévin (Pas-de-Calais), cite onze observations de femmes atteintes de fièvre puerpérale et vaccinées localement par « instillations in utero » de bouillon-vaccin, selon la méthode du Dr Colle. Les résultats sont excellents.

Dans une étude toute récente des auteurs allemands Aschermann et Rosenblum, il est question de six cas particulièrement graves de septicémie puerpérale, dans lesquels le seul traitement appliqué fut le pansement local d'auto-antivirus très fréquemment renouvelé. Sur les six cas, il n'y eut qu'un seul décès à déplorer.

Enfin, M. le Dr Colle, pour ce qui concerne son service, a bien voulu nous fournir les statistiques suivantes :

1^o Nombre de cas d'infection puerpérale soignés à l'hôpital Darcy dans les deux ans qui précédèrent, dans cet hôpital, leur traitement par les bouillons-vaccins « in utero » : douze. Nombre de décès : quatre.

2° Nombre de cas d'infection puerpérale soignés à l'hôpital Darcy dans les deux ans qui suivirent, dans cet hôpital, leur traitement par les bouillons-vaccins « in utero » : trente-six. Nombre de décès : quatre.

3° Nombre total de cas soignés par les bouillons-vaccins « in utero » (du 12 octobre 1931 au 2 janvier 1934) : soixante-neuf cas. Nombre de décès : sept.

Ces statistiques valent ce que valent toutes les statistiques établies sur une petite période de temps. Elles nous fournissent cependant, à n'en pas douter, des indications précieuses.

Avant de publier les observations inédites de l'hôpital des Mines de Dourges, nous attirons l'attention sur le fait suivant : A savoir qu'après le curage et la première instillation de bouillon-vaccin Grémy, l'on observe souvent une augmentation de la température d'au moins un degré, avec grand frisson.

L'expérience personnelle du Dr Colle lui permet d'affirmer qu'en général ce frisson est un bon signe, et que la température tombe dans les heures ou le jour qui suivent. Souvent, au contraire, quand il n'y a pas ce grand frisson, la température persiste et la malade ne s'améliore pas. Et, dans ces cas-là, il y aurait peut-être lieu de pratiquer une hystérectomie, suivie d'un large drainage selon la méthode de Mickulicz.

OBSERVATION XI (inédite, D^r Juste Colle).

Malade n° 9.587. — *Infection puerpérale. Guérison.*

Accouchement, le dimanche 12 mars 1933, à 11 heures.

Enfant vivant, à terme.

Entrée à l'hôpital Darcy, le 14 mars, avec une température rectale de 41°.

Curage, suivi d'irrigation discontinue de l'utérus au bouillon-vaccin Grémy n° 31, selon la méthode précédemment décrite.

Le lendemain, température rectale, 39°4.

Tout rentre dans l'ordre en quelques jours. Plus de température à partir du 20 mars.



OBSERVATION XII (inédite, Dr Juste Colle).

Malade n° 9.588. — *Guérison.*

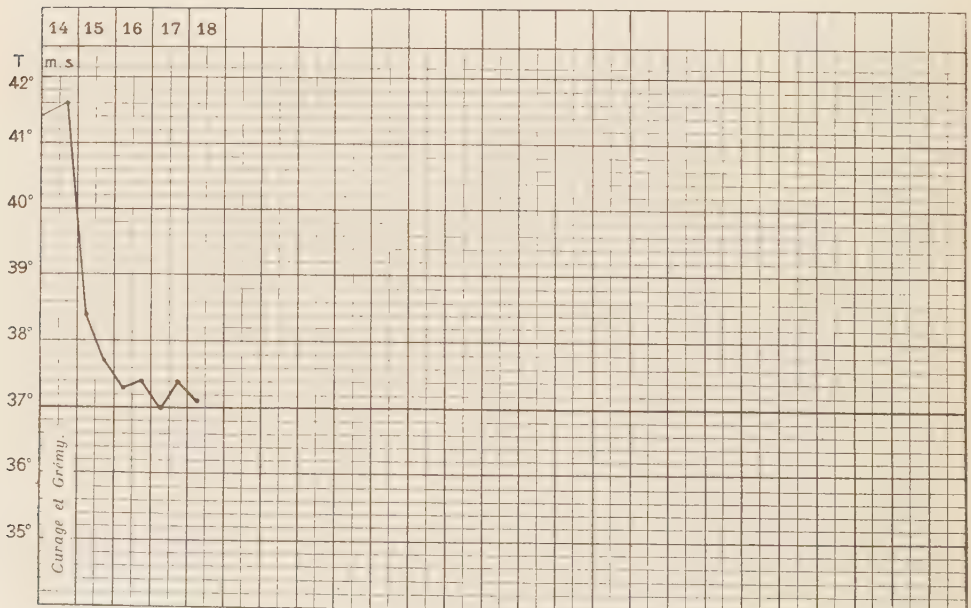
Perte de trois mois, le mardi 14 mars 1933. Arrive immédiatement à l'hôpital.

Température : 41°6.

Curage suivi d'une irrigation discontinue de l'utérus au bouillon-vaccin Grémy n° 31.

Le lendemain, température : 38°2. Le surlendemain, 37°3.

Plus de température par la suite.



OBSERVATION XIII (inédite, Dr Juste Colle).

Malade n° 9.611. — *Infection puerpérale. Guérison.*

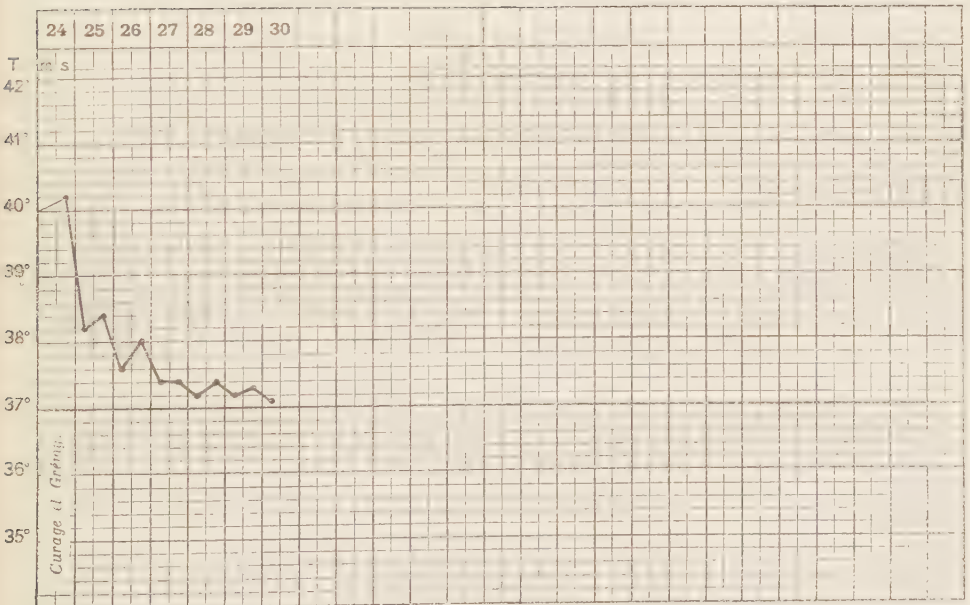
Accouchée le dimanche 19 mars 1933, à minuit.

Entrée à l'hôpital le 24 mars, avec une température de 40°2.

Curage et irrigation discontinuée de l'utérus au bouillon-vaccin
Grémy n° 31.

Amélioration sensible dès le lendemain.

Guérison rapide.



OBSERVATION XIV (inédite, D^r Juste Colle).

Malade n° 9.573. — *Infection puerpérale. Guérison.*

Accouchement, le 4 mars 1933.

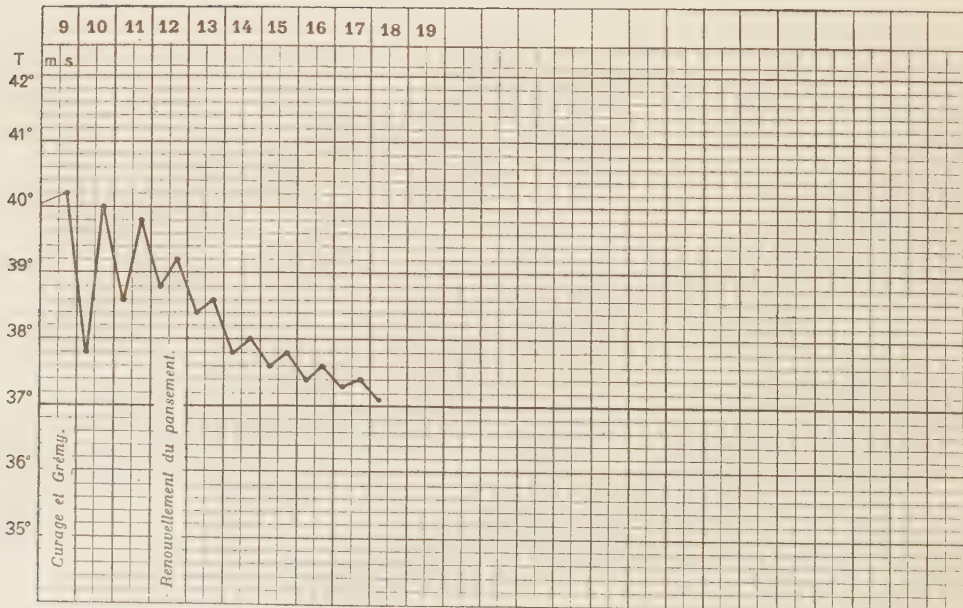
Entrée à l'hôpital Darcy le 9 mars, avec une température de 40° 2.

Curage, puis irrigation discontinue de l'utérus au bouillon-vaccin Grémy n° 31.

Chute progressive de la température.

Renouvellement du pansement le 12 mars.

Plus de température à partir du 18.



OBSERVATION XV (inédite, Dr Juste Colle).

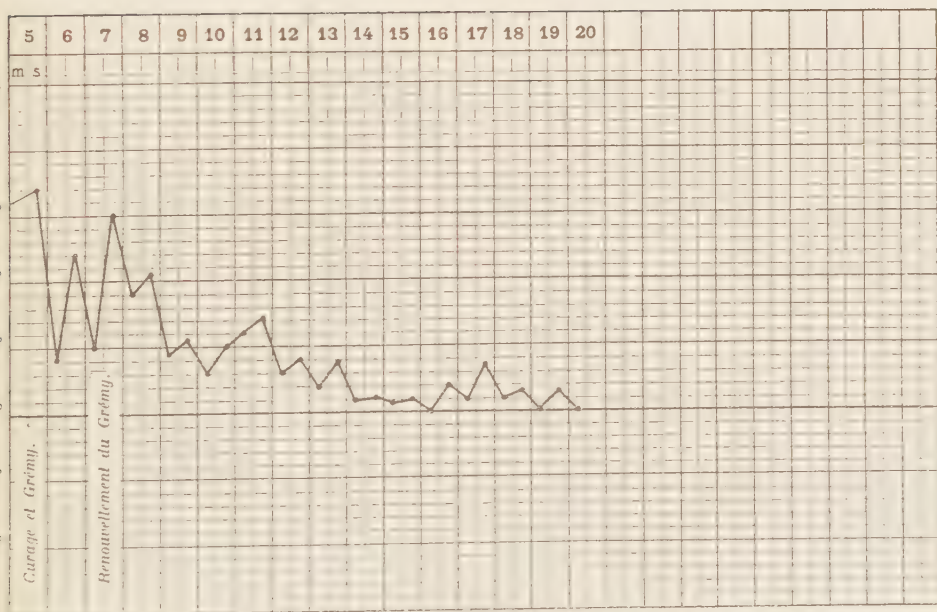
Malade n° 9.635. — *Infection puerpérale. Guérison.*

Accouchement, le 29 mars 1933. Enfant vivant.

Entrée à l'hôpital le 5 avril, avec une température de 40°4.

Traitement : curage suivi d'irrigation au bouillon-vaccin Grémy
n° 31.

Guérison relativement rapide.



OBSERVATION XVI (inédite, Dr Juste Colle).

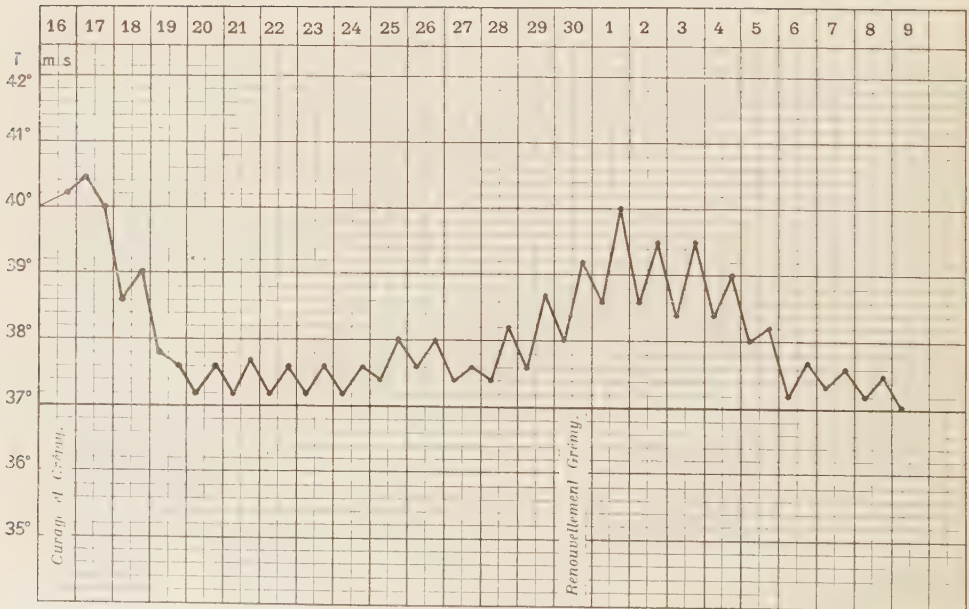
Malade n° 9.644. — *Infection puerpérale. Guérison.*

Accouchement le 6 avril 1933.

Hospitalisation le 16 avril. Température : 40°2.

Curage, suivi d'irrigation de l'utérus au Grémy suivant la technique habituelle.

On note une légère augmentation de la température et un grand frisson. Puis la température baisse les jours suivants, pour se maintenir entre 37 et 38 jusqu'au 24 avril. A cette date, rechute. On renouvelle le Grémy le 30. En quelques jours la malade voit son état s'améliorer. Plus de température à partir du 8 mai.



OBSERVATION XVII (inédite, D^r Juste Colle).

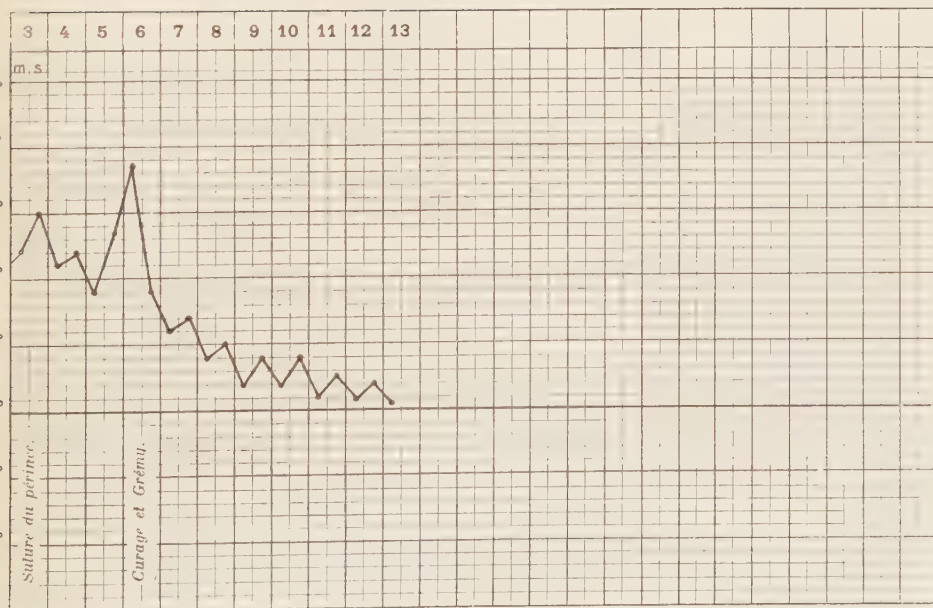
Malade n^o 9.684. — *Infection puerpérale. Guérison.*

Femme entrée à l'hôpital le 3 mai, pour suture du périnée. Température : 39° 5.

Suture du périnée. La température baisse un peu, puis s'élève à 40° 8 le 6 mai. Le D^r Colle pratique aussitôt un curage suivi d'irrigation discontinue de l'utérus au bouillon-vaccin Grémy n^o 31.

Chute de la température.

Guérison rapide.



OBSERVATION XVIII (inédite, D^r Juste Colle).

Malade n° 9.959. — *Infection puerpérale. Guérison.*

Accouchement le 15 septembre 1933.

Arrivée à l'hôpital Darcy, le 22 septembre. Température : 40°. Grands frissons, délire.

Curage l'après-midi à 16 heures. Pus. Fausses membranes épaisses. Utérus non revenu.

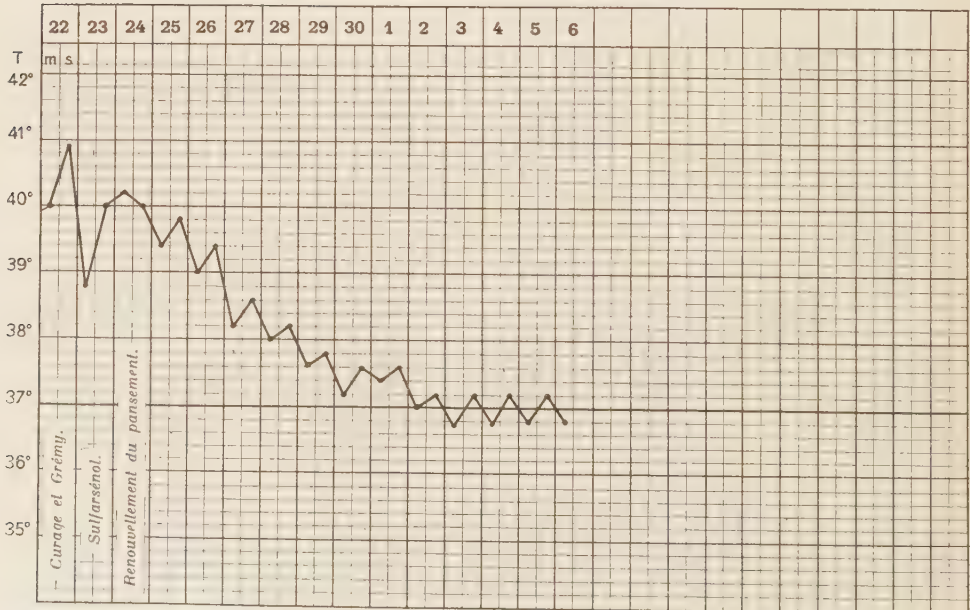
Drain de Carrel et bouillon-vaccin Grémy, selon la méthode habituelle. Vers 21 heures, grand frisson, température : 40°9. Irrigation discontinuée de l'utérus au bouillon-vaccin, toutes les deux heures. A titre d'adjuvant, sulfarsénol (2 piqûres, n° 12).

Pendant deux jours, délire et exanthème scarlatiniforme généralisé.

Le 24 septembre, renouvellement du pansement utérin.

Le 30, le pansement est définitivement enlevé.

Guérison rapide, ensuite.



OBSERVATION XIX. (inéдите, Dr Juste Colle).

Malade n° 10.042. — *Guérison.*

Femme de 32 ans. Perte de trois mois, le 26 octobre 1933.

Le 30 octobre, température à 39°6. Rétention placentaire.

Curage à la curette mousse laveuse. Drain de Carrel et mèche.
Deux ampoules de bouillon-vaccin Grémy n° 31 toutes les deux heures.

Le soir, grand frisson, température 41°4.

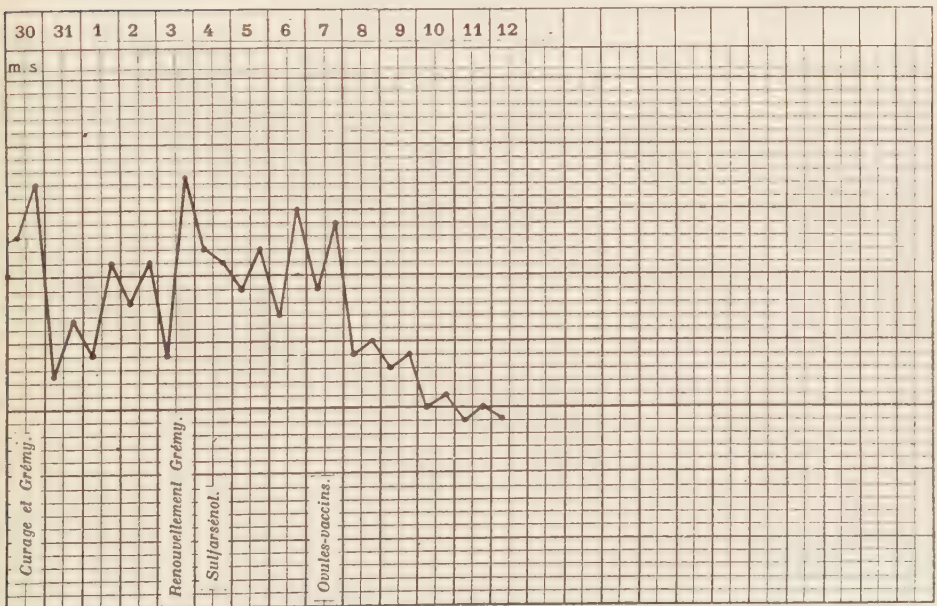
Le lendemain, température 37°5.

Le 3 novembre, la température remonte à 40°5. Renouvellement
du pansement utérin, bouillon Grémy; et le 4, injection de sulfar-
sénol.

Le 7, on trouve, à l'examen, de la pelvi-péritonite. Les culs-de-
sac sont durs, infiltrés. Par contre, le drain et la mèche utérine
sont propres, sans pus.

Je ne remets plus de pansement utérin, et je mets des ovules-
vaccins dans le vagin.

La température tombe et ne remonte plus.



OBSERVATION XX (inédite, Dr Juste Colle).

Malade n° 10.001. — *Infection puerpérale. Guérison.*

Mme G..., Virginie, 24 ans.

Accouchée le mardi 10 octobre 1933 par la sage-femme.

Enfant vivant à terme.

Le lendemain, température de 40°.

Vue par le Dr L..., au quatrième jour. Température : 39°6.

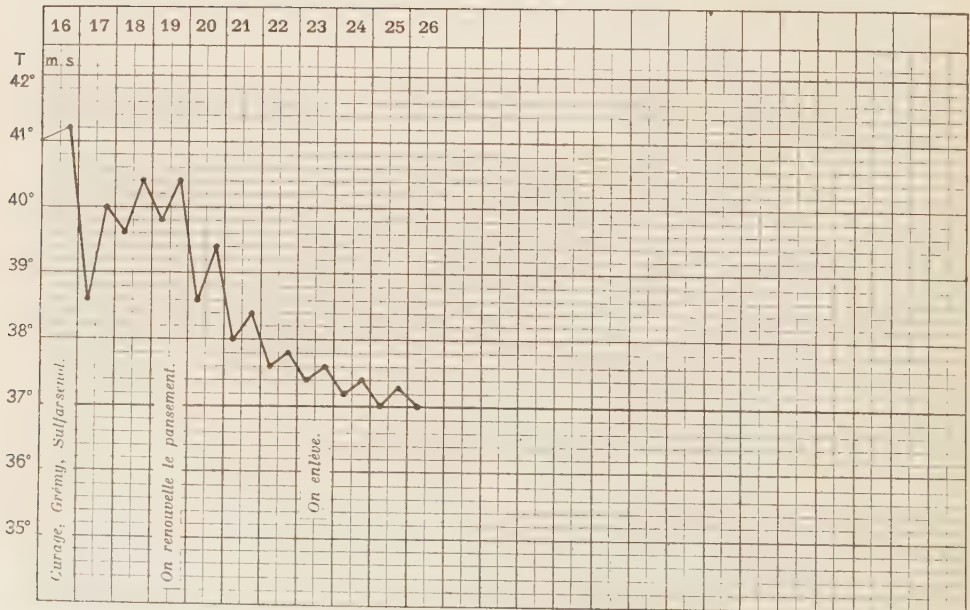
Le 15 octobre, au matin, 37° ; au soir : 40°2.

Le lundi 16, arrivée à l'hôpital avec une température de 41°2.

Traitement : Curage ; bouillon-vaccin Grémy local par irrigation discontinue. Sulfarsénol, comme adjuvant.

Grand frisson. Délire pendant trois jours.

Guérison rapide.



·OBSERVATION XXI (inédite, Dr Juste Colle).

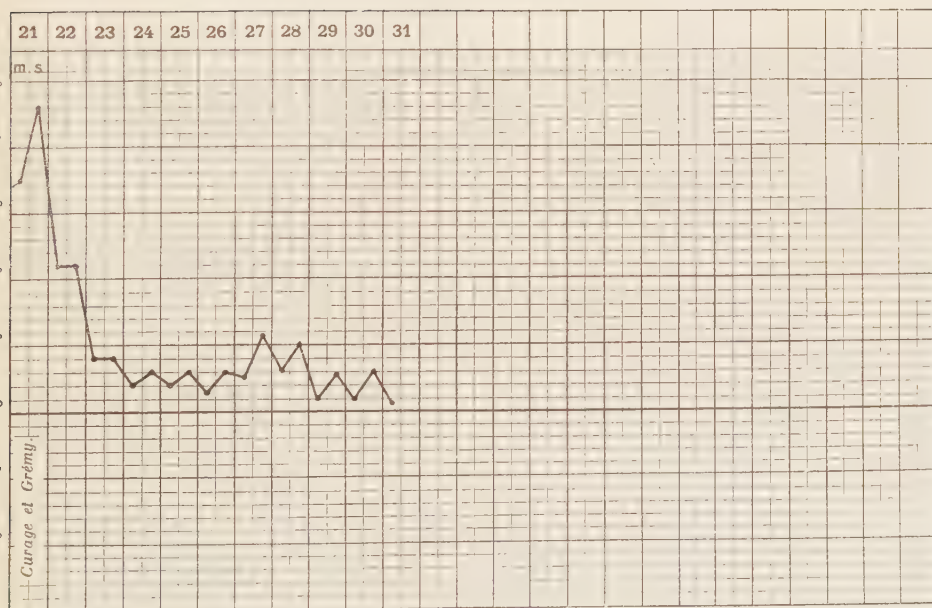
Malade n° 10.017. — *Infection puerpérale. Guérison.*

Accouchée par la sage-femme, le 14 octobre 1933. Enfant vivant.

Le 23 octobre, la sage-femme s'aperçoit que la malade a de la température (38°). Le 21, au matin, 39°, puis 40°5. C'est à ce moment qu'elle se décide à l'envoyer à l'hôpital.

Traitement : Curage, bouillon-vaccin Grémy local.

On observe d'abord une température de 41°6, un grand frisson, et du délire jusqu'au 22 au matin, où la température tombe.



OBSERVATION XXII (inédite, D^r Juste Colle).

Malade n° 10.035. — *Infection puerpérale. Guérison.*

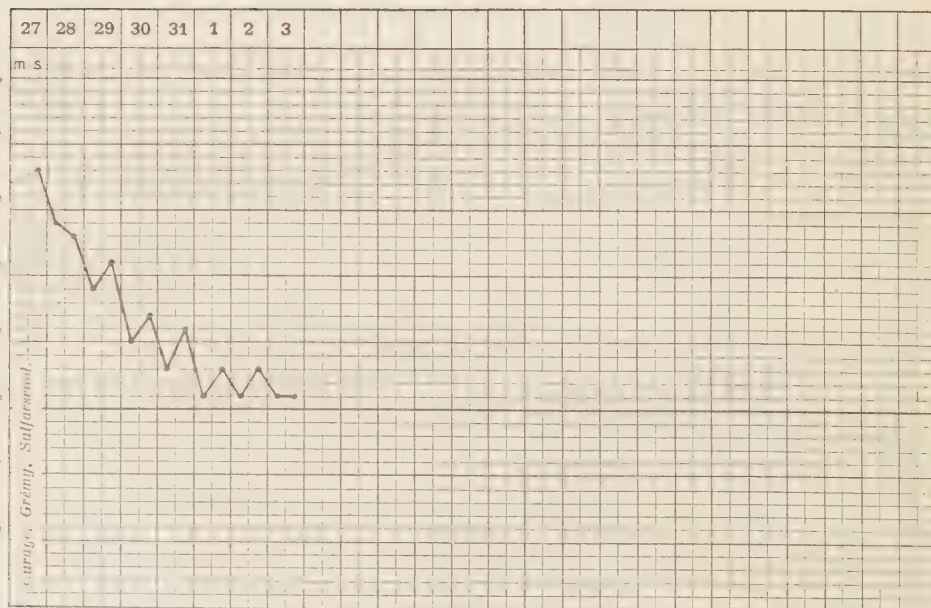
Accouchée le jeudi 26 octobre 1933, à 10 heures, par la sage-femme.

Le 27, au matin, elle est vue par le D^r Bridoux. Température : 39° 8 ; pouls à 130. Pas de lochies.

Transportée à l'hôpital Darcy le 27 octobre au soir. Température : 40° 6.

Traitement : Curage ; bouillon-vaccin Grémy n° 31 en irrigation discontinue, selon la technique du D^r Colle. Une injection sous-cutanée de sulfarsénol.

Guérison rapide, en une semaine.



OBSERVATION XXIII (inédite, Dr Juste Colle).

Malade n° 10.115. — *Infection puerpérale. Guérison.*

Accouchement le 27 novembre 1933.

Le 1^{er} décembre, température : 40°.

Le 3 décembre, la malade arrive à l'hôpital Darcy. Température : 40°.

Curage de l'utérus à la curette laveuse de Wallich. Il sort quelques débris membraneux fétides.

Mise en place d'un drain de Carrel entouré de gaze, et instillation intra-utérine de bouillon-vaccin Grémy n° 31 toutes les deux heures.

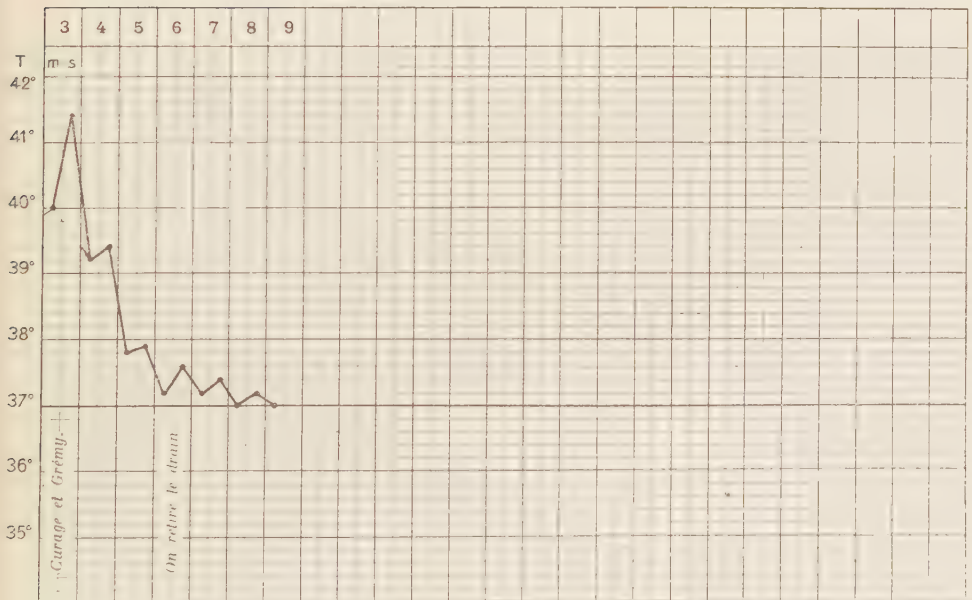
Il n'est pas fait d'injection sous-cutanée de sulfarsénol.

Le premier jour, température à 41°4 ; frisson ; délire.

Dès le lendemain, chute de la température à 39°2.

Le surlendemain, température à 37°8.

Le drain est enlevé le 6 décembre. La température est ce jour-là à 37°6. Le 8 décembre plus de fièvre.



OBSERVATION XXIV (inédite, Dr Juste Colle).

Malade n° 10.180. — *Infection puerpérale. Guérison.*

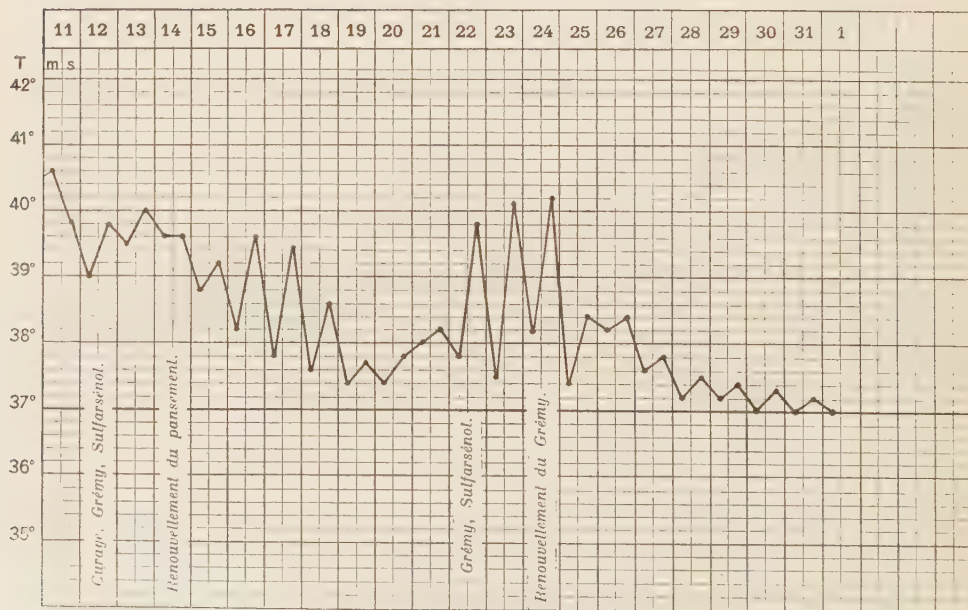
Accouchée le 7 janvier 1934.

Entrée à l'hôpital Darcy le 11 janvier, avec une température de 40° 6.

Traitement commencé le 12 janvier (curage à la curette mousse laveuse ; irrigation discontinue de l'utérus au bouillon-vaccin Grémy n° 31). A titre d'adjuvant, on fait du sulfarsénol.

Cette malade ne s'améliore que lentement. Elle fait une rechute dix jours après son entrée à l'hôpital. De nouveau, Grémy et Sulfarsénol. Puis la température tombe brusquement le 25, à 37° 4. Petit ressaut au-dessus de 38°, le 26. Et tout rentre dans l'ordre.

La guérison totale est obtenue à la fin du mois.



OBSERVATION XXV (inédite, Dr Juste Colle).

Malade n° 10.289. — *Infection puerpérale. Guérison.*

Mme S..., 35 ans, 5 enfants. Une perte il y a cinq ans.

Le dernier enfant est né le 23 février 1934. Accouchement normal. Au sixième jour, malaises et température de 37°2, puis de 38°. Le soir de ce sixième jour, frisson, et température à 39°6.

On pratique un examen microscopique des lochies : on trouve du streptocoque.

Le septième jour, température : 39°8. On transporte la malade à l'hôpital Darcy.

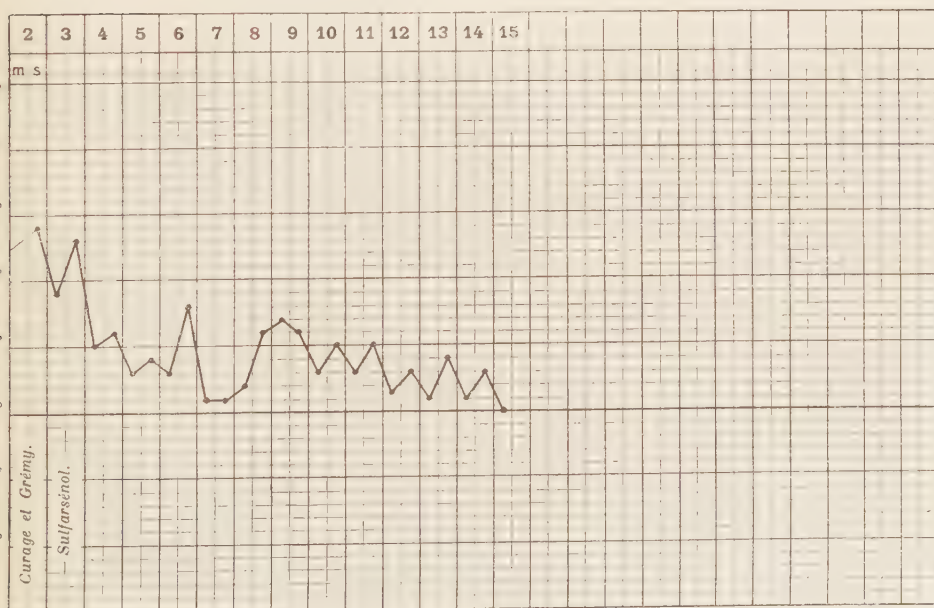
Curage à la curette mousse laveuse. Drain de Carrel. Irrigation discontinuée de l'utérus au bouillon-vaccin Grémy n° 24.

Petit frisson, après lavage de la matrice.

Le lendemain, température de 39°6. On fait une injection sous-cutanée de sulfarsénol à titre d'adjuvant.

Cinq jours après l'entrée à l'hôpital, la température est tombée à 37°6. On enlève le pansement et l'on met des ovules-vaccins dans le vagin.

A signaler qu'au septième jour, la température s'est élevée à 38°2. Mais il s'agissait de rétention de matières. On pratiqua un lavement, on donna un purgatif, et tout rentra rapidement dans l'ordre.



OBSERVATION XXVI (inédite, D^r Juste Colle).

Malade n° 10.301. — *Infection puerpérale. Guérison.*

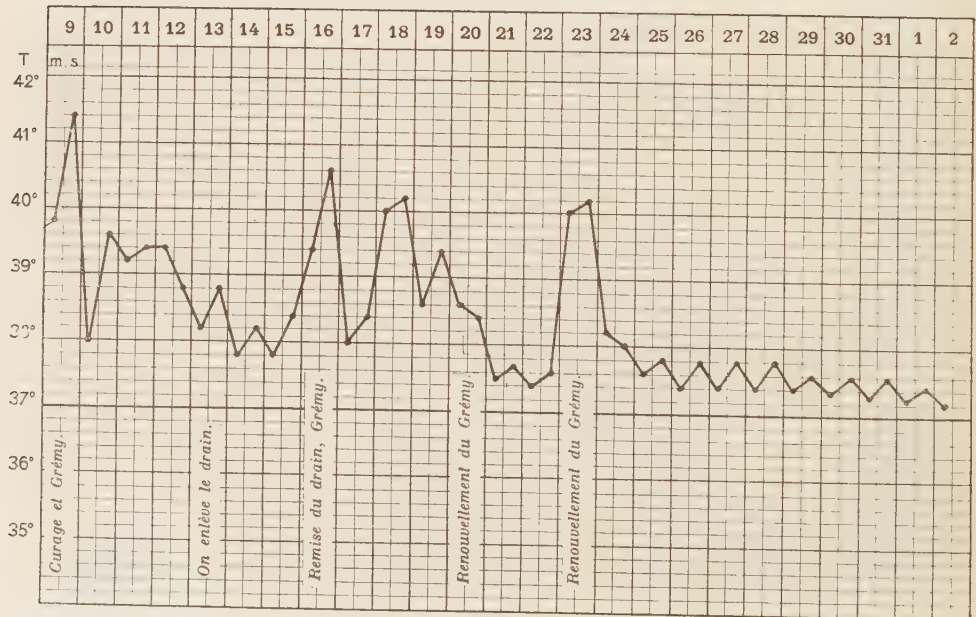
Femme accouchée le 4 mars 1934, trois semaines avant terme.
Délivrance complète. Pas de déchirure du périnée.

Le 7, température élevée, sans précision.

Le 9, arrivée à l'hôpital Darcy, avec 39°8. Pus sortant de la matrice.

Traitement : Curage et Grémy suivant la technique habituelle du D^r Colle.

Cette malade fit deux rechutes et fut assez longue à se rétablir.



OBSERVATION XXVII (inédite, D^r Juste Colle).

Malade n° 10.414. — *Perte, infection. Guérison.*

Perte de trois mois, datant de huit jours.

Entrée à l'hôpital Darcy le 12 mai 1934.

Rétention placentaire partielle.

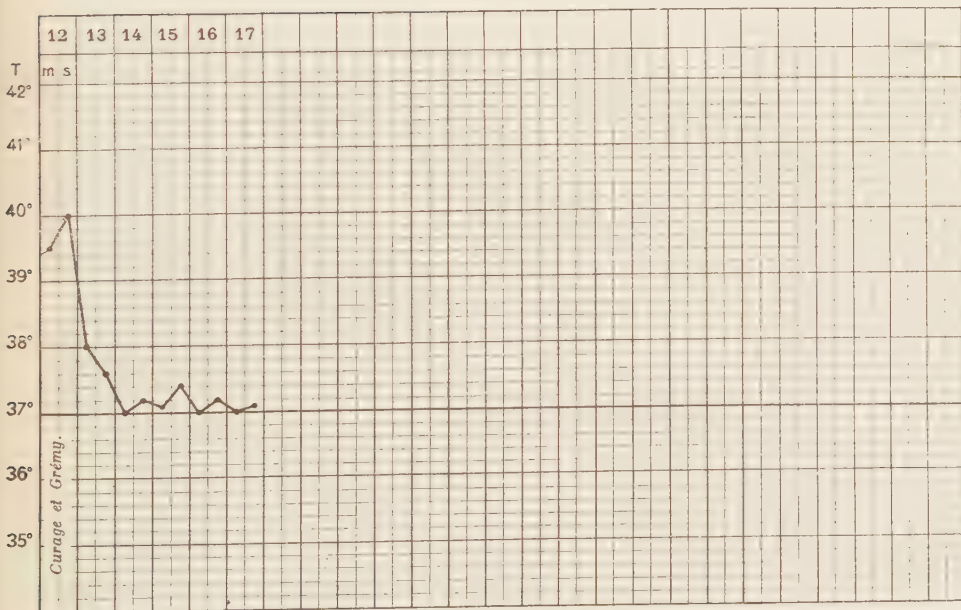
Bouillon-vaccin Grémy n° 31 après curage suivant la méthode habituelle.

Température à l'arrivée à l'hôpital : 39°5.

Quatre heures après, grand frisson, température : 40°.

Le lendemain, température : 38°, le surlendemain : 37°.

Guérison très rapide.



OBSERVATION XXVIII (inédite, D^r Juste Colle).

Malade n° 10.515. — *Infection puerpérale. Guérison.*

Le 24 juin 1934, accouchement normal. Sommet. Placenta complet. Membranes adhérentes, venues secondairement.

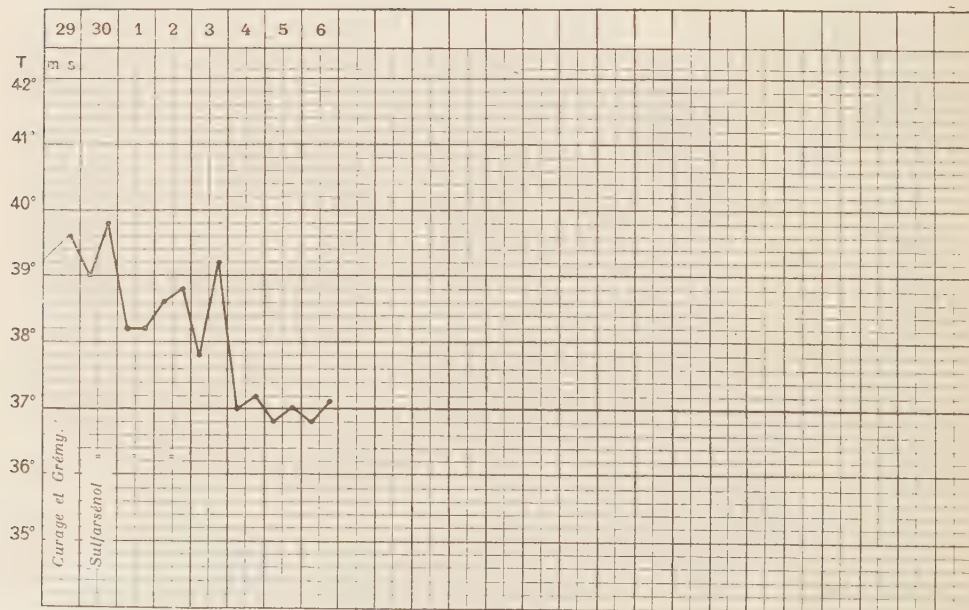
Le 29 juin, entrée à l'hôpital. Température : 39° 6.

Traitement : Curage à la curette mousse laveuse. On retire quelques membranes. Irrigation discontinue de l'utérus au bouillon-vaccin Grémy n° 31.

Le 30 juin, une injection sous-cutanée de sulfarsénol. Renouvellement du Grémy.

Le 4 juin, on enlève le pansement, la température étant de 37°.

Plus de température par la suite.



OBSERVATION XXIX (inédite, D^r Juste Colle).

Malade n° 10.520. — *Infection puerpérale. Guérison.*

Accouchement par la sage-femme le 29 juin 1934.

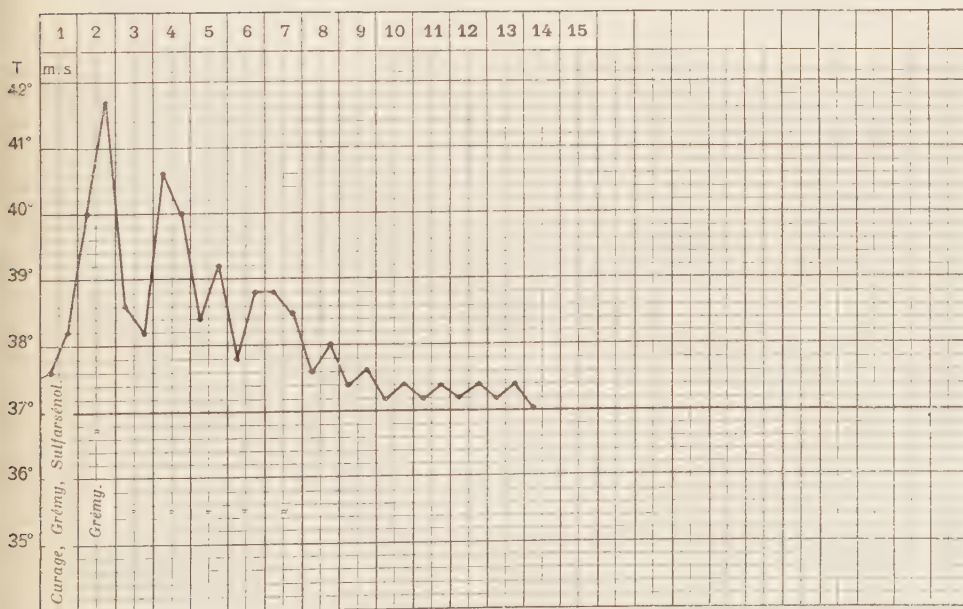
Entrée à l'hôpital Darcy le 1^{er} juillet. Le matin, température : 37° 6. Le soir, température : 38° 2.

Curage, Grémy suivant la méthode habituelle du D^r Colle, sulfarsénol.

Frisson solennel. Le lendemain, température à 40°, puis à 41° 7. On instille du Grémy toutes les deux heures. On refait du sulfarsénol.

Baisse brusque de la température, le 3 juillet. On continue le Grémy jusqu'au 7.

Guérison complète le 13 juillet.



OBSERVATION XXX (inédite, Dr Juste Colle).

Malade n° 10.575. — *Infection puerpérale. Guérison.*

Accouchement le 14 août 1934. Garçon vivant.

Le 17, température de 40°, à l'entrée à l'hôpital.

Curage léger à la curette mousse laveuse. Quelques débris et fragments de membranes. Grémy intra-utérin avec mèche et drain de Carrel, comme d'habitude.

Le 18, température : 41°5.

Les 17, 18, 19, 20, on fait, à titre d'adjuvant, du sulfarsénol.

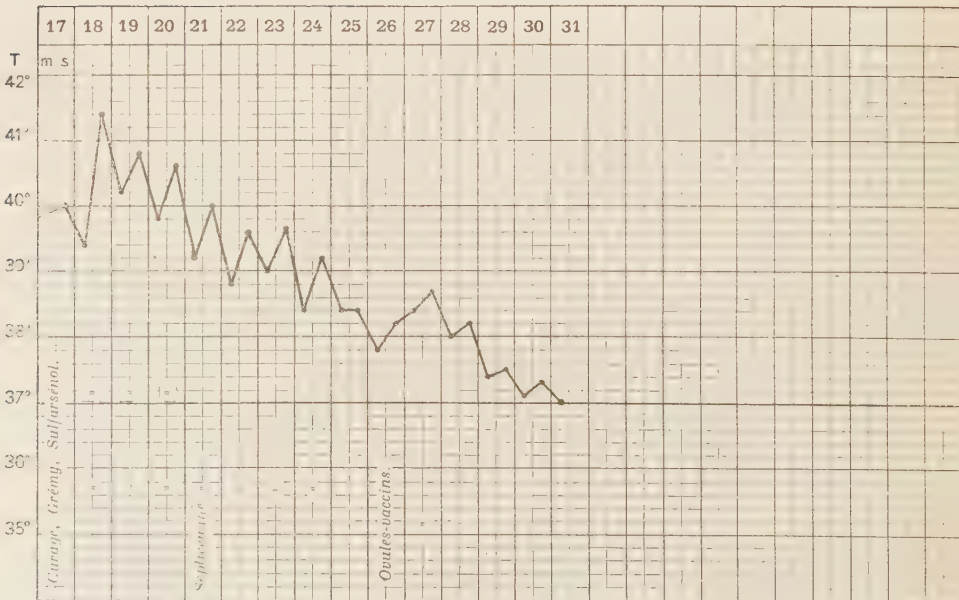
Le 20, on change le drain et la mèche, et on fait de la septicémine

Le 24, renouvellement du drainage.

Le 26, température de 37°8. Le drainage est enlevé.

Injections chaudes et ovules-vaccins.

Guérison complète le 30 août.



OBSERVATION XXXI (inédite, Dr Juste Colle).

Malade n° 10.638. — *Infection puerpérale. Guérison.*

Femme accouchée le 2 septembre 1934, enfant vivant.

Le 6 septembre, fièvre, aux dires de la sage-femme (température pas prise!).

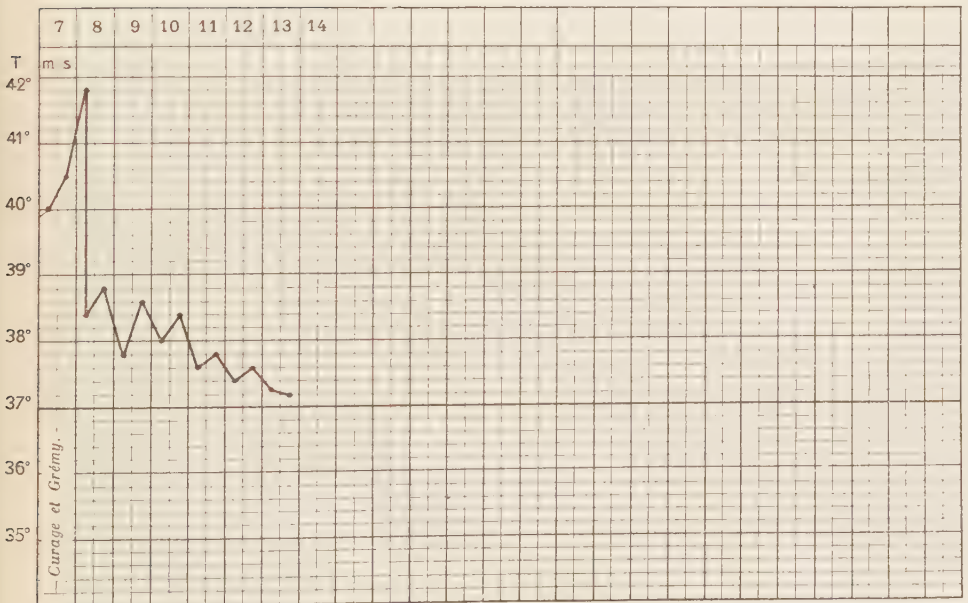
Entrée à l'hôpital Darcy le 7 au matin. Température : 40°. Pas de frisson. Le 7 au soir, 40° 5.

Traitement : Curage léger, quelques débris, léger saignement. Aussitôt instillations intra-utérines de bouillon-vaccin Grémy n° 31, suivant la méthode habituelle.

Dans la nuit du 7 au 8, grand frisson, température à 41° 9. Délire.

Le 9 au matin, température : 38° 3.

Les jours qui suivent, température aux environs de 38°. Puis guérison complète le 14.



OBSERVATION XXXII (inédite, D^r Juste Colle).

Malade n^o 10.745. — *Infection puerpérale. Guérison.*

Accouchement le 13 octobre 1934.

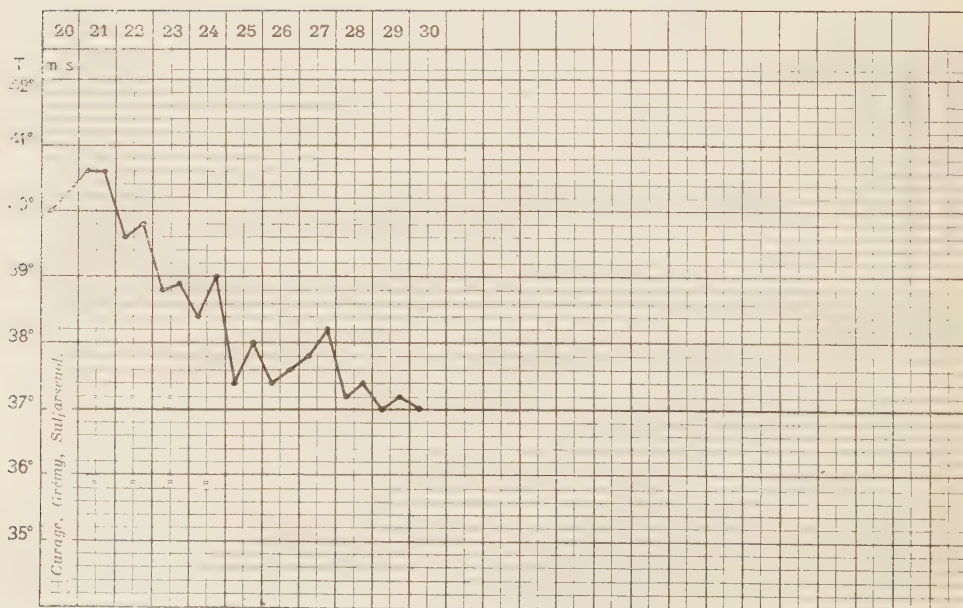
Malade entrée à l'hôpital le 20 octobre, avec une température de 40°.

Le curage ramène quelques débris de caillots.

Grémy intra-utérin suivant la technique du D^r Colle.

Sulfarsénol : 4 piqûres de 12 unités.

Guérison rapide.



OBSERVATION XXXIII (inédite, D^r Juste Colle),

Malade n^o 10.798. — *Infection puerpérale. Guérison.*

Date de l'accouchement : 8 novembre 1934.

Date de l'arrivée à l'hôpital : 13 novembre.

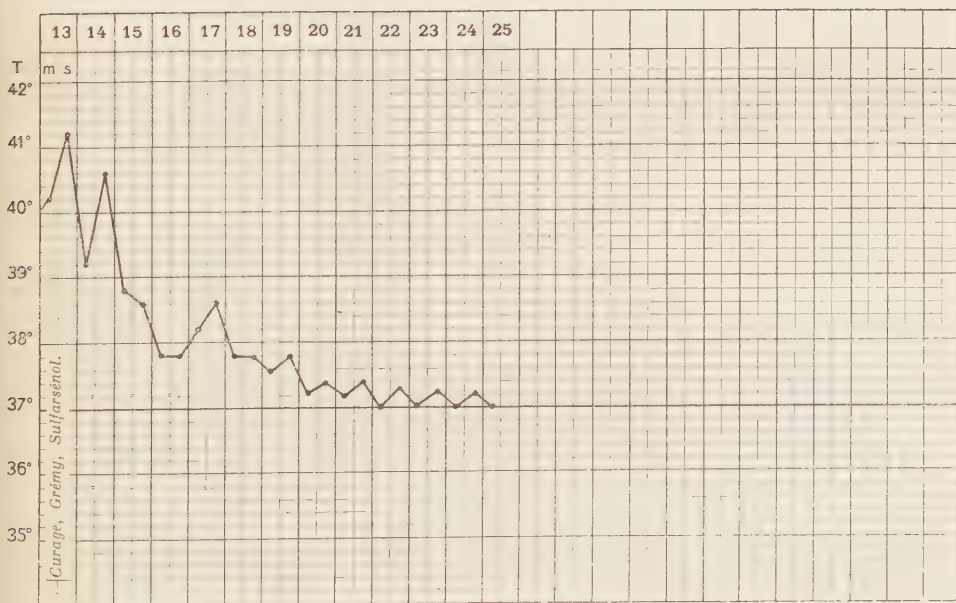
Infection puerpérale, avec vaste érythème péri-vulvaire.

Un frisson après le curage qui ne ramène que quelques petits débris de caillots.

Bouillon-vaccin Grémy en instillations intra-utérines, pendant cinq jours.

Sulfarsénol : 4 piqûres de 12 unités.

Plus de température à partir du 20 novembre, soit sept jours après l'entrée à l'hôpital Darcy.



OBSERVATION XXXIV (D^r Montagne, de Liévin).

(Observation déjà publiée dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, juillet 1932).

Nous tenons à reproduire cette intéressante observation, parce qu'elle nous montre l'échec du traitement général et le succès de l'antivirusthérapie locale pratiquée selon la méthode du D^r Colle.

Mme G... Elie, 20 ans, 26 mars 1932.

II-pare. Accouchée le 8 mars, l'infection puerpérale a débuté le soir même par un frisson, mais la température n'a jamais été prise. Cet état s'aggrave les jours suivants. Le 14, un abcès de fixation est tenté, sans succès. Aucun traitement local.

Entre à l'hôpital de Liévin, le 26 mars, soit le dix-huitième jour après l'accouchement. Etat très grave, température : 39° 9. pouls : 140. Faciès plombé. Langue rôtie. Lochies purulentes. Œdème vulvaire. Le col est encore largement ouvert. L'utérus est plus gros que le poing.

Le curettage ramène du pus, plusieurs fragments cotylédonaires et des filaments membraneux. Traitement par vaccination locale habituelle (technique du D^r Colle).

L'intervention est suivie d'un frisson très violent, qui dure environ 3/4 d'heure. Le lendemain matin, un second frisson, plus court, suit immédiatement une injection de bouillon-vaccin. A ce moment la température monte à 40° 5, mais le soir même, elle s'abaisse à 38° 9, alors que le pouls passe de 140 à 120.

Dès le matin du second jour, la défervescence est complète et l'état général est transformé. Le drainage est aussitôt retiré et remplacé par des ovules-vaccins. Suites normales.

III. — Les échecs du traitement.

1^o Hâtons-nous de dire tout d'abord que nous ne croyons pas que le traitement local par les antivirus soit un traitement vraiment spécifique des infections puerpérales, pas plus d'ailleurs que les autres médications proposées et utilisées jusqu'à ce jour.

2^o Le traitement est quelquefois décevant, lorsqu'il est pratiqué trop tardivement. Il s'agit alors de septicémie ou de pyohémie installées et qui ne sont plus justiciables des soins locaux. C'est le traitement général qui doit-être appliqué ; et actuellement, il semble que nous ayons un moyen d'action sérieux avec le sérum antistreptococcique de Vincent. Mais ceci est une autre question.

3^o Enfin, nous faisons nôtre l'idée que nous a bien souvent émise M. le Dr Colle : Il est à remarquer que certains décès sont souvent observés chez des femmes qui ont été victimes de manœuvres abortives avant leur hospitalisation, femmes qui n'avouent jamais qu'elles ont subi ces manœuvres.

Des infections massives, des perforations méconnues semblent faire échec à la méthode, qui ne peut donner de résultats dans ces cas. Bien plus, l'injection discontinuée peut être néfaste en cas de perforation, par suite de la contamination du péritoine par le liquide injecté.

OBSERVATION XXXV (inédite, Dr Juste Colle).

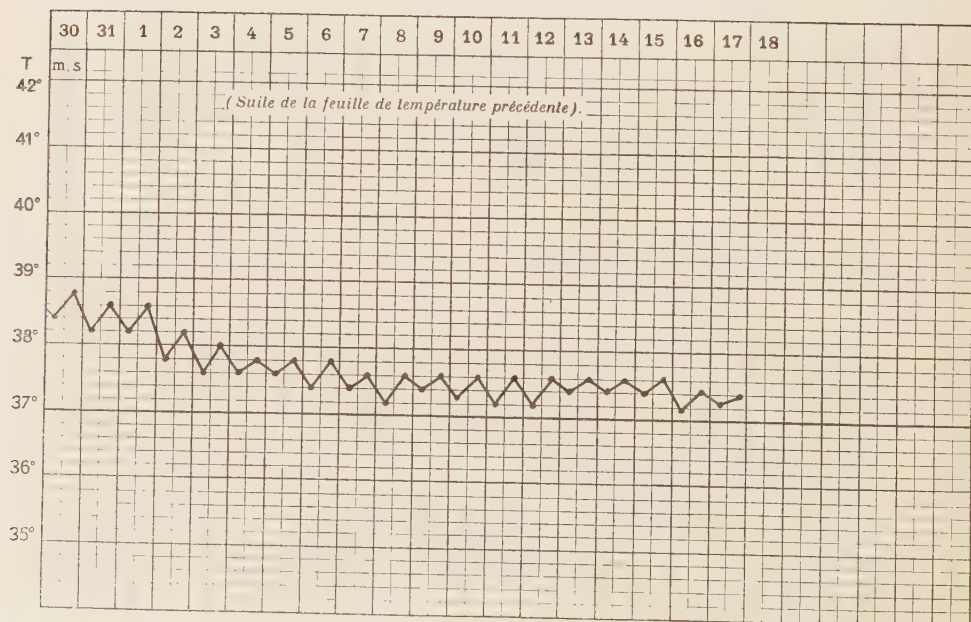
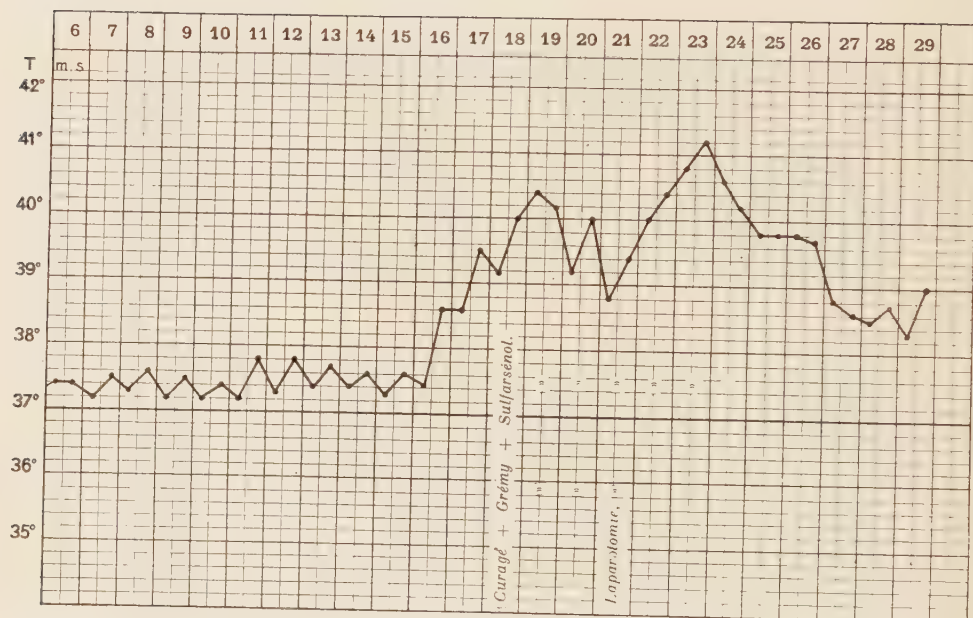
Le 6 décembre 1934 est amenée à l'hôpital Darcy, à Henin-Liétard, Mme T..., polonaise, 26 ans, qui avait des métrorragies.

Pas moyen d'en tirer aucun renseignement

Elle paraissait avoir fait une perte de deux à trois mois environ. Le col utérin était mou et ouvert, des débris placentaires apparaissaient entre les lèvres du col.

Les débris placentaires sont extraits à la curette laveuse du Dr Wallich. Lavage intra-utérin à l'eau bouillie suivi de glycérine iodée.

Jusqu'au 16 décembre, la température ne monte pas au-dessus de 37° 8.



A cette date, la température monte à 38°6; le lendemain soir, elle est à 39°5.

Je fais, le 18, une vérification de l'utérus à la curette laveuse; le curage ne ramène rien. Drain de Carrel et Grémy sulfarsénol. La température ne tombe pas, l'état général s'aggrave. Le facies se plombe, léger météorisme.

En présence d'une situation qui paraît devenir inquiétante, je décide de pratiquer l'hystérectomie.

Le 21 décembre, laparotomie. L'utérus est mou, gros, en arrière il colle légèrement à la terminaison de l'S iliaque.

Je sépare les deux organes. La face postérieure de l'utérus est grisâtre, il y a du pus au niveau de la surface de décollement et de la sérosité louché dans le Douglas. Le tout est soigneusement nettoyé et je fais l'hystérectomie sub-totale.

Mickulicz avec trois mèches et un drain.

Les jours suivants, la température monte jusqu'à 41°3, le 23.

Puis la température descend régulièrement avec, comme incident post-opératoire la désunion de presque toute la plaie abdominale.

En ouvrant l'utérus enlevé, j'ai pu constater la présence d'un fragment placentaire enchatonné dans le fond de l'utérus. Fragment que n'avait pas ramené la curette, et qui était en pleine nécrose.

J'ai la conviction que seule, l'hystérectomie faite à temps et le Mickulicz ont sauvé la vie de cette malade actuellement presque guérie.

OBSERVATION XXXVI (inédite, Dr Juste Colle).

Première intervention : 15 juin 1932. Mme M...

Curage de la matrice, à la curette laveuse de Wallich, pour infection puerpérale (température 38°3, ce matin) avec rétention placentaire parcellaire et une petite plaie péritonéale qui n'a nécessité qu'un crin de Florence. Injection de Grémy, drain, mèche.

Deuxième intervention. — Mme M... Hystérectomie sub-totale.

18 juin 1932. Femme de 22 ans qui a accouché le lundi 13 juin 1932 et est amenée à l'hôpital Darcy, le mercredi 15, avec de la température. Cette malade est manifestement infectée.

Le Dr Willemetz fait un curetage qui ne ramène que peu de chose, on place dans l'utérus un drain de Carrel et on injecte du Grémy toutes les deux heures. La température ne tombe pas.

Le jeudi 16, la température reste élevée; le vendredi 17, au matin, je fais une vérification de la cavité de l'utérus : les lochies sont fétides; à bout de doigt je sens quelque chose qui dans l'utérus fait battant de cloche. A la curette mousse, à la curette laveuse, j'essaie de ramener ce que je sens, sans pouvoir y parvenir.

Avec une petite pince forceps j'amène un fragment de tissu qui paraît être du tissu utérin; par crainte de mal faire, j'arrête mon exploration, je place à nouveau un drain de Carrel, décidé à faire une hystérectomie le lendemain si la température ne tombe pas.

Le samedi 18 juin, je fais rapidement l'hystérectomie sub-totale.

L'utérus enlevé est ouvert et on trouve, enchatonnée au fond de l'utérus, une masse charnue en voie de nécrose, sentant horriblement mauvais; cette masse charnue adhère intimement à la paroi

utérine, et il est très difficile de l'en séparer, même avec les ongles. Il s'agit évidemment d'un enchatonnement très serré, à moins qu'il ne s'agisse d'une tumeur en voie de nécrose, développée aux dépens des parois de l'utérus.

Un fragment est envoyé à l'examen microscopique. L'appendice, qui est sain, n'est pas enlevé.

Je n'ai pas laissé d'ovaire, parce que j'estime que de laisser un ovaire sain, sans voie d'évacuation et en milieu infecté, ne peut causer que des ennuis. J'ai donc enlevé les ovaires.

Résultats de l'examen microscopique demandé (Dr Vansteenberghe, Lille) :

« Le fragment envoyé est exclusivement formé par des débris placentaires : villosités choriales typiques, lacs sanguins, hémorragies interstitielles, caillots organisés avec petits modules inflammatoires. »

On ne trouve pas traces de muqueuse utérine, ni de tissus glandulaire ou musculaire ; on ne constate pas la prolifération des cellules de Langhans, ni la formation de chorio-épithéliome. »

Il s'agissait donc bien d'une rétention placentaire. La malade est sortie guérie de l'hôpital Darcy, le 30 juillet 1932.

CONCLUSIONS

Les infections puerpérales sont des maladies trop graves pour être traitées à la légère. Les praticiens sérieux ne les ont d'ailleurs jamais soignées ainsi, mais beaucoup de traitements isolés ou même associés se sont avérés inopérants, et tout doit être mis en œuvre pour les traiter efficacement.

Parmi le nombre important des procédés employés, la vaccination locale par les antiviruses est un traitement simple, n'éveillant aucune appréhension chez les accouchées, et ne nécessitant pas l'anesthésie. Les résultats obtenus — les travaux d'auteurs autorisés, les observations déjà parues, et celles, inédites, que nous publions dans cette étude en font foi — s'avèrent des plus satisfaisants.

En pratique donc, il nous semble qu'il y aurait intérêt :

1° A généraliser l'emploi des bouillons-vaccins locaux à titre préventif. Et, sans aller par exemple jusqu'à les utiliser systématiquement après tout accouchement, il serait salutaire de le faire après chaque travail prolongé, après les versions par manœuvres internes, les extractions de siège, les applications de forceps, les avortements, les déchirures du périnée, les délivrances artificielles, les hémorragies de la délivrance, les déchirures du col, les embryotomies, et en général après toutes les manœuvres lésant plus ou moins l'appareil génital et mettant l'organisme en état de moindre défense. Nous savons d'ailleurs que depuis quelques années bon nombre de médecins et même de sages-femmes ont toujours recours, en ces cas là, au pansement local.

2° A titre curatif, il nous paraît bon de toujours employer les antiviruses locaux, ou du moins de commencer toujours par eux. C'est Andérodias lui-même qui écrit : « J'ai souvent employé la vaccinothérapie locale, notamment en clientèle,

et j'en ai obtenu des résultats très intéressants, à condition de l'utiliser d'une façon systématiquement précoce. Car si dans presque tous les cas ces méthodes donnent d'excellents résultats au début de l'infection puerpérale, il n'en est plus de même lorsque l'infection, dépassant les limites de l'endomètre, est devenue générale. »

Certaines des observations inédites que nous avons publiées nous laissent espérer que même dans les infections puerpérales graves des résultats souvent excellents peuvent être obtenus.

Dans les cas les plus sérieux, évidemment, il sera toujours indispensable de soutenir l'état général, et bon de faire à l'accouchée — à titre d'adjuvant — un traitement chimiothérapique qui consistera en injections intraveineuses d'arsénobenzènes, ou plus simplement en injections sous-cutanées de sulfarsénol.

Nous n'oublierons pas non plus le sérum artificiel, afin de relever la tension artérielle et de favoriser l'élimination des toxines.

Vu, Nancy, le 24 janvier 1935.

Le Président de Thèse,
FRUHINSHOLZ

Vu et approuvé : Nancy, le 24 janvier 1935.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,
L. SPILLMANN

Vu et permis d'imprimer, Nancy, le 25 janvier 1935.

Le Recteur de l'Académie,
BRUNTZ

Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

- M. ADAM. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie dans l'infection puerpérale. *Thèse de Paris*, 1920.
- J. ANDERODIAS. — Les traitements modernes de l'infection puerpérale. *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 23^e année, décembre 1928.
- ASCHERMANN et ROSENBLUM. — Zur lokalbehandlung der sepsis puerperalis mit Autobouillonvakzine nach Besredka. *Monatsschrift für Geburtshilfe in Gynækologie*, t. LXXIX, 1928.
- BARRAL. — De la vaccination préventive de l'infection puerpérale. *Thèse de Paris*, 1927.
- L. BERTRAND. — Les acquisitions nouvelles dans le domaine de la vaccinothérapie des affections microbiennes aiguës. *Bruxelles-Médical*, 28 novembre 1926.
- BESREDKA. — Antivirusthérapie. Un volume, 1930.
- J. BOUCHAUD. — Contribution à l'étude du traitement précoce de l'infection puerpérale par les pansements intra-utérins au filtrat de culture de streptocoques. *Thèse de Paris*, 1927.
- P. BROCC et L. DUCHON. — Essais de traitement par les lysats-vaccins et considérations bactériologiques sur les infections puerpérales et les abcès du sein. *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, septembre 1931.
- COUVELAIRE, LÉVY-SOLAL et SIMARD. — Antisepsie utérine par un filtrat de culture de streptocoques en bouillon, dans l'infection puerpérale. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, avril 1924.
- P. DELMAS. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie intra-utérine dans l'infection puerpérale. *Thèse de Montpellier*, 1924.
- P. DELMAS. — Prophylaxie de l'infection puerpérale. *Concours Médical*, 26 octobre 1927.
- G.-A. DMITROVSKY. — Les infections puerpérales traitées suivant la méthode de Besredka. *Gynécologie*, janvier 1929.
- DUCHET-BUCHAUX. — Traitement des septicémies puerpérales par le vaccin local. *Société des Sciences Médicales de Franche-Comté*, séance du 28 avril 1930.

- IMMUNITÉ. — Le bouillon-vaccin en pansement intra-utérin. *L'Immunité*, 7^e année, n^o 102, 1^{er} mars 1931.
- HOURLMOUZIADÉS. — Le traitement local dans l'infection puerpérale « post-partum ». *Thèse de Montpellier*, 1926.
- LACOMBE. — Quelques observations sur le traitement de l'infection puerpérale par l'immunité locale. *Revista de Gynecologia e d'Obstetricia do Brasil*, décembre 1929.
- LAPORTE, BROCO, DUCHON. — Essais de traitement des infections puerpérales par les lysats-vaccins, et considérations bactériologiques. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, juin 1931.
- H. LASSEIGNE. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie intra-utérine dans l'infection puerpérale. *Concours Médical*, 1925.
- LEQUEUX, LAFFONT, CHIRÉ. — L'infection puerpérale et les vaccins. *Bulletin de la Société d'Obstétrique*, 13 décembre 1920.
- LÉVY-SOLAL et SIMARD. — Traitement de l'infection puerpérale par un filtrat de culture en bouillon de streptocoques. *Compte rendu de la Société de Biologie*, 23 février 1924.
- LÉVY-SOLAL et SIMARD. — Traitement précoce de l'infection puerpérale au moyen de pansements spécifiques (antivirus streptococcique). *Presse Médicale*, juillet 1928.
- LUIS junior. — Vaccinothérapie na infecção puerperal. *Laboratorio Clínico*, mars-avril 1928.
- L. MANZI. — La terapia dell'infezione puerperale a mezzo della vaccinazione locale secondo spirito. *Archives di Ostet. et Ginec.*, juin 1932.
- J. MONTAGNE. — Onze cas d'infection puerpérale, vaccination locale, emploi d'un drain « type Carrel » pour instillation « in utero ». *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, juillet 1932.
- NEZAMEDIN KHAN EHTECHAM. — La prophylaxie puerpérale. *Thèse de Montpellier*, 1928.
- Ch. PLATON. — Traitement prophylactique de l'infection puerpérale par les vaccins. *Le Nord Médical*, 15 juin 1928.
- POTOCKI et FISCH. — Application locale d'un auto-vaccin dans l'infection puerpérale. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 12 mai 1924.
- J. RAVINA. — Thérapeutique de l'infection puerpérale par les pansements intra-utérins au filtrat de cultures de streptocoques. Valeur pronostique de l'intra-dermo-réaction au filtrat de cultures de streptocoques. *Thèse de Paris*, 1926.
- J. RAVINA. — Thérapeutique de l'infection puerpérale par les pansements intra-utérins au filtrat de cultures de streptocoques. *Bulletin général de thérapeutique*, 1926, page 418.
- RICHARD. — Traitement de soixante-deux cas d'infection de la grossesse et des suites de couches par les vaccins. *Thèse de Lyon*, 1921.

- E. ROBERT. — Contribution à l'étude de la thérapeutique de l'infection puerpérale par la vaccination locale au moyen de pansements intra-utérins aux bouillons-vaccins. *Thèse de Bordeaux*, 1926.
- H. ROULLAND. — A propos du traitement des infections puerpérales. *Bulletin Médical*, 23-26 septembre 1925.
- F. SPIRITO. — La vaccinazione locale intra-parenchimale nella cura e nella profilassi delle infezioni puerperali. *Arch. di Ostet. e Ginec.*, 18 ; 255-262, mais 1931.
- P. TRON. — Essai d'application de l'antivirus d'après la méthode de Besredka dans les affections puerpérales. *Journal de Microbiologie* (Russe) t. H, page 170, année 1926.
- TROPEA-MANDALARI. — Ricerche cliniche sull' trattamento immunitario locale nei processi infiammatori dell' aparato uro-genitale femminile. *Pensiero Medico*, t. XVII, 31 janvier 1928.
- J. VANVERTS et H. PAUCOT. — *Manuel d'Obstétrique et d'hygiène de la première enfance*. 1 volume, Vigot frères, éditeurs.
- VINAVER et FRASEY. — Vaccins contre la fièvre puerpérale. *Société de Biologie*, 7 juin 1919.
- C. VINHAES. — Imminção local e puerperio infectado. *Thèse de Bochia*, décembre 1927.
- WALICH et LÉVY-SOLAL. — *Manuel d'Obstétrique*, 1 volume, Masson,
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	8 et 10
PRINCIPE DE LA MÉTHODE	11 à 13
TECHNIQUES D'APPLICATION	15 à 19
LES RÉSULTATS : 1° antivirusthérapie préventive ...	21 à 25
2° antivirusthérapie curative.....	26 à 52
3° Les échecs du traitement.....	53 à 55
CONCLUSIONS	57 et 58
BIBLIOGRAPHIE	59 à 61

